التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن

إعداد
هدى عبد الله محمد الجعيد

المشرف
الدكتور محمد العربي

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم الاجتماع

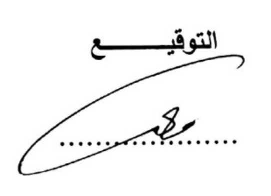
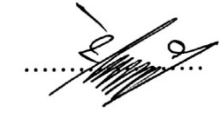
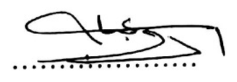
كلية الدراسات العليا
الجامعة الأردنية

تموز، ٢٠١٥ م

- ب -

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة " **التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن**"، وأجيزت بتاريخ ٢٦/ ٧/ ٢٠١٥م .

أعضاء لجنة المناقشة	**التوقيـــــع**
الدكتور محمد العربي، مشرفاً أستاذ مشارك في علم الاجتماع	 ....
الأستاذ الدكتور عباطه ظاهر، عضواً أستاذ علم الجريمة	 ....
الأستاذ الدكتور خليل درويش، عضواً أستاذ علم الاجتماع	 ....
الاستاذالدكتور أحمد العلوان، عضواً خارجياً أستاذ في علم النفس الجامعة الهاشمية	 ....

الإهـــــــداء

إلى كّل َمن شجعني وباستمرار في إنجاز ومواصلة هذا الجهد العلمي المتواضع.

إلى زوجي...... وأولادي.....

وإلى كل من وقف بجانبي وساعدني بإتمام رسالتي هذه،،،،

الباحثة

الشكر والتقديـــر

أشكر الله سبحانه و تعالى الذي أمدني بالإيمان و الثقة و الصبر لإتمام هذه الدّراسة.

و أتقدم بجزيل الشكر والعرفان للدكتور (محمد العربي) الذي اشرف على هذه الدّراسة ونفعني بعلمه، كما أشكر الكادر التدريسي في الجامعة الأردنية، على ما قدموه وما يقدمونه لخدمة العلم والبحث العلمي.

والشكر موصول بطبيعته إلى أعضاء لجنة المناقشة، لما سيقدمونه من ملاحظات سديدة ستثري هذه الدّراسة.

والله ولي التوفيـق،،،،،

الباحثة

قائمة المحتويـات

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن

إعداد

هدى عبد الله محمد الجعيد

المشرف

الدكتور محمد العربي

الملخص

هدفت الدراسة إلى معرفة " **مستوى التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن**" " واعتمدت الدراسة على مصادر البيانات بنوعيها الأولّية والثانوّية، وتم الحصول على البيانات الثانوّية من بعض الكتب والدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة، أما البيانات الأولية فتم الحصول عليها عن طريق توزيع الاستبانة.

تكون مجتمع الدراسة من جميع الأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن ، والذي بلغ عددهم (800)(أسرة)، ونظراً لصعوبة الوصول إلى مجتمع الدراسة بأسره، أخذت عينة عشوائية مكونة من (160) من الأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن ، إلا أنه تم استبعاد (12) استبانة لعدم ملائمتها لإجراءات التحليل الإحصائي، وبهذا تكون (148) استبانة ملائمة لإجراءات التحليل الإحصائي؛ هذا واستخدامت الباحثة نظام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية(الإصدار التاسع عشر)(Statistical Package for Social Sciences –SPSS,ver19)، وذلك لأجل الوصول إلى غايات وأهداف هذه الدراسة، بغية التوصل إلى أهداف الدراسة وغاياتها.

ومن أبرز نتائج الدراسة ما يلي:

1. تكيف الأسرة السعودية مع أطفالها الذين يعانون من التوحد في مراكز العلاج والتدريب في الأردن هو تكيف متوسط".
2. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (المؤهل التعليمي).
3. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في وجهات نظر المستجيبين فيما يخص التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (مستوى الدخل الشهري (متدنية، متوسطة، مرتفعة الدخل)).
4. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (الحالة الزواجية).

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسـة

1-1- مقدمـة:

1-2- مشكلة الدّراسة وأسئلتها:

1-3-أهميـّة الدّراسة:

1-3-1- الأهمّية النظرية:

1-3-2- الأهمّية العملية:

1-4- أهداف الدّراسـة:

1-5- التعاريف الإجرائية:

1-6-فرضية الدراسـة:

1-7- حدود الدّراسـة:

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسـة

1-1- مقدمـة:

تعتبر الأسرة الركيزة الأساسية في إي مجتمع من المجتمعات، وتأتي أهميتها من أهمية الأدوار التي تؤديها كإنجاب الأبناء والرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية والاقتصادية، وطبعاً يلعب الوالدان دوراً كبيراً في التأثيفي نمو الطفل وتطوره في مختلف جوانب النمو سواء ً كان نمواً عمرياً أو عقلياً أو اجتماعياً .

ويعتمد الطفل بصورة عامة على أسرته لفترة زمنية طويلة حتى يكبر لتلبية حاجاته الأساسية، ويزداد الدور الذي تؤديه الأسرة بشكل كبير في التأثير على حياة الطفل في الحالات التي يكون فيها الطفل من ذوي الحاجات الخاصة لذلك لابد من تكيف الأسرة مع هذه الحالات، التي يكون الطفل فيها غير مستقر انفعالياً وحركياً، ونتيجة لذلك تزداد الضغوط الناجمة عن وجود حاجة خاصة لدى الطفل، وتؤدي هذه الضغوطات إلى زيادة حالة الخوف والتوتر وعدم الاستقرار عند الوالدين (جابر، 2008).

ويعد اضطراب التوحد بمظاهره وأعراضه أحد الإعاقات التي يمكن ان يتعرض لها الطفل، حيث تبدو أعراض التوحد متناقضة ظاهرياً ومثيرة للاهتمام إلى الحد الذي يجعل غالبية أفراد المجتمع يكونون تصوراً عنه، دون أن يكون لديهم أي احتكاك أو اتصال مباشر بأي طفل توحدي.

ويمر الأهل عند تشخيص طفلهم بالتوحد بمشاعر وأحاسيس معقدة كما يمروا بعدة مراحل أهمها:

المرحلة الأولى:-الصدمه- وتكون في حالة وجود إعاقة من الدرجة المتوسطة أو البسيطة والتي غالباً ما يتم تشخيصها في وقت متأخر من ولادة الطفل، لذلك يعاني الأهل (الأب والأم) من مشكلة تقبل التشخيص بعد أن أمضوا أشهراً وسنوات في إيجاد مبررات لتأخر نمو طفلهما، هنا يحتاج الأهل (الأب والأم) إلى من يستمع إليهم ويقدم لهم المشورة والدعم.

المرحلة الثانية:-الإنكار- وتتمثل في رفض الوالدين والاعتراف بالحاجة الخاصة لدى الطفل وأنه لا يوجد لديه أي مشكلة.

المرحلة الثالثة:- الأكتئاب- وهي الآلام النفسية والتي تتمثل بعدد من المشاعر السلبية.

المرحلة الرابعة:- التكيف والقبول- وفيها يتوجه الوالدان للبحث عن حل لمعالجة أبنهم والقيام بوضع الخطط التي تتماشي مع متطلبات الوضع الحالي للطفل، وقد يستدعي الأمر إعادة ترتيب الحياة الأسرية بشكل يساعد الأسرة على التكيف واستيعاب وتقبل حاجاته بالرغم من المشكلات والصعوبات التي ستواجه الأسرة.

ومن بين المصاعب والمتاعب التي تواجه الوالدين أثناء قيامهما بتربية الطفل المصاب بالتوحد روتين الرعاية اليومية، الضغوط النفسية والاقتصادية والحصول على المساعدات المناسبة من المراكز المتخصصة، ويعاني بعض المصابون بالتوحد من إعاقات عقلية مما تزيد من اعتماد الطفل على والدية وتزيد من المسؤولية الواقعة عليهم.

وتبعاً لذلك يعد الاعتناء بالأطفال الذين يعانون من التوحد مطلباً أساسياً يقع على عاتق الأهل وخصوصاً الأم، لأنها المسؤولة الأولى عن الطفل، ويمكن أن تزيد عوامل خطورة معاناة أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد من صعوبات نفسية واجتماعية، والتي بدورها تؤثر على حياة الأسرة

وتزيد من المشكلات النفسية والاجتماعية في المستقبل. (Rodrigue, Geffken and morgan 1999).

وباستقراء ما سلف، يتبين مدى أهمية " التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن"، ولما لهذا الموضوع من أهميّة يتوجب مناقشة هذا الموضوع من جميع حيثياته، ومن هنا أتت هذه الدّراسة، من أجل التعرف إلى هذا الموضوع عن كثب، وستقوم الدراسة في الختام هذه الدّراسة بوضع مجموعة من الاقتراحات والتوصيات بناء على نتائجها تسهم في إثراء هذا الموضوع.

1-2- مشكلة الدّراسة وأسئلتها:

في الآونة الأخيرة رُكزَّ الاهتمام على دراسة مشاكل الأسرة المعاصرة، وهذا نتيجة للتغيرات الاجتماعية السريعة وما ترتب عليها من تصدعات في العديد من الأسر، كما تواجه الكثير من الأسر عددا من المشاكل والصعاب، ومن أكثرها صعوبة أن يكون لدى الأسرة طفلاً مصاباً بالتوحد مثلاُ، إذ تمر أسرة الطفل المصاب بالتوحد بمشاكل صعبة منذ اكتشاف الحالة، وهو مايؤدي إلى الشعور بالضغط النفسي والخوف والقلق، من هنا تسعى هذه الدراسه التعرف إلى مدى تكيف أسر هؤلاء الأطفال مع هذا الوضع الصعب الجديد الذي تواجهه الاسرة. كما وتتحدد مشكلة الدّراسة من خلال الإجابة عن الأسئلة الآتّية:

1. ما مدى تكيف الأسرة السعودية مع أطفالها الذين يعانون من التوحد في مراكز العلاج والتدريب في الأردن؟
2. هل تعزيز المستوى المعيشي للأسرة السعودية يساعد في تكيفهم مع أطفالهم ومع الغربة؟

3. ما مدى نجاح مراكز العلاج والتدريب في الأردن في تحسين المستوى السلوكي والذهني لأطفال التوحد؟
4. هل يوجد فروق للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (النوع الاجتماعي، المؤهل التعليمي، الحالة الزواجية، مستوى الدخل السنوي(متدنية، متوسطة، مرتفعة الدخل)، العلاقة مع الطفل، جنس الطفل).

1-3- أهمّية الدّراســــة:

يُمكن تبيان أهمّية الدّراسة من خلال تسليط الضوء على موضوع " التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن "، إذ انه من المتوقع أن تقوم هذه الدّراسة بالتحري عن الضغوطات التي تعتري الأسرة نتيجة لإصابة أحد أطفالها بالتوحد، وما هي السبل اللازمة لأجل التكيف مع ذلك، إذ يُعدّ التعرف إلى ذلك الخطوة الأولى؛ من أجل إيجاد حلول صائبة لها.كما أنهُ وعلى – حد علم الباحثة– لم يسبق أن تطرقت أي دراسة لموضوع البحث الحالي، فمن المؤمل أنْ تُعد هذه الدّراسة من الدراسات الرائدة والسباقة في هذا المجال، بحيث يمكن الاستفادة منها؛ لإثراء البحث العلمي في مجال موضوع الدّراسة، كما يمكن لهذه الدراسة أن تحقق الآتي:

1. تفتح هذه الدراسة المجال أمام دراسات ميدانية أخرى وبناء برامج علاجيه بالأضافه إلى مساعدة ومساندة أسر الأطفال، على التكيف معهم في داخل مراكز العلاج والتدريب.
2. زيادة الوعي بأهمية الحفاظ على الصحة النفسية والاجتماعيه لجميع أعضاء أسر الأطفال المصابين بالتوحد لما له من آثار إيجابية على أفراد الأسرة وسير المرض وعلاجه

كما أنه ُ من المتوقع أن تستفيد من هذه الّدراسة الفئات الآتية:

- الأسر (الآباء والأمهات): فالأسرة التي لديها طفل مصاب بالتوحد يمكنها التعرف إلى السبل اللازمة لأجل التكيف والتأقلم مع ذلك.
- مراكز العلاج والتدريب: يمكنهم التعرف على الاستراتيجيات والسياسات اللازمة لأجل التعامل مع الأطفال المصابين بالتوحد.
- الباحثون: يمكنهم الاطلاع على هذه الدارسة حال الانتهاء منها؛ لأجل التعرف إلى النتائج التي توصلت إليها؛ بهدف مساعدتهم في البحث والتطوير فيما يتعلق بموضوع الدراسة.

1-4- أهداف الدّراســــــة:

تعتبر الأسرة اللبنة الأساسية للمجتمع، وهي المؤسسة الأساسية التي اعتمد عليها بقاء المجتمعات منذ بداية التاريخ حتى وقتنا الحاضر، فهي التي مدت ولا تزال تمد المجتمعات بالبراعم الفتية وتكسبهم طرق معينة لكي يكونوا قادرين على أن يلعبوا دور الراشدين في مؤسسات المجتمع الأخرى. بالإضافة إلى ذلك فإن الأسرة بطبيعة تكوينها وتركيبها وما تسهم به في بناء شخصية الأفراد تعتبر أهم مؤسسة اجتماعية تؤثر في شخصية الكائن الإنساني وذلك لأنها تستقبل لوليد أولاً ثم تحافظ عليه خلال أهم فترة من فترات حياته وهي فترة الطفولة، وهي الفترة الحرجة في بناء وتكوين شخصية الإنسان. فالأسرة هي الجماعة التي تؤثر في شخصية الطفل وتحدد معايير سلوكه وتشكل شخصيته عن طريق التفاعل الداخلي المتكرر والقراءات المستمرة، كما أنها الجماعة التي تستمر في الغالب، في تشكيل وصياغة هذه الشخصية لفترة طويلة من الزمن، الأمر الذي يؤدي إلى تثبيت المبادئ التي تؤمن بها الأسرة في شخصية الطفل وتدعيمها طوال الحياة، كما وأن الأسرة قد تواجهها الكثير من الصعوبات

والضغوطات، فقد يكون لديها طفلاً مصاب بالتوحد، فماذا يجب عليها أن تعمل ! أو ما هي السبل اللازمة لأجل التكيف مع هذا الأمر الجلل!كما تهدف الدراسة التوصل إلى الأهداف التالية:

1. التعرف إلى مدى تكيف الأسر السعودية خصوصاً مع أطفالهم المصابين بالتوحد ويتلقون العلاج والتدريب في مراكز بالأردن، ومدى تقبلهم لموضوع السفر والاغتراب للبحث عن العلاج.
2. التعرف إلى الصعوبات التي تواجه الأسر السعودية مع أطفالهم المصابين بالتوحد ويتلقون العلاج والتدريب في مراكز في الأردن.
3. التعرف إلى مدى تأثير المراكز في تحسين قدرات الأطفال والتخفيف من عبء الأسرة.

1-5- التعاريف الإجرائية:

التوحد: إعاقة تطورية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي. وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر وتؤثر سلبياً على أداء الطفل التربوي، ومن الخصائص والمظاهر الأخرى التي ترتبط بالتوحد هو انشغال الطفل بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية ومقاومته للتغيير في الروتين اليومي، إضافة إلى الاستجابات غير الاعتيادية أو الطبيعية للخبرات الحسية.

الضغوط النفسية: وهي موقف يتعرض إليه الإنسان، وعليه أن يقوم بأقصى طاقاته لأجل مسايرته والتكيف معه أو حتى التخلص منه..

التكيف: عبارة عن المحاولات التي يبذلها الفرد لإزالة الإحباط أو الضغط النفسي، وابتكار أساليب جديدة مجدية في مواجهة مواقف الحياة.

الأسرة: وهي الخلية الحية والعامل الرئيسي في تكوين المجتمع، كما أنا لها دور كبير في تكوين شخصية الطفل وإكسابه العادات والقيم والتقاليد.

6-1-فرضية الدراســــــــة:

تستند الدراسة على الفرضية الصفرية الآتية:

الفرضية الرئيسية الأولى: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (النوع الاجتماعي، المؤهل التعليمي، الحالة الاجتماعية (متدنية، متوسطة، مرتفعة الدخل)، العلاقة مع الطفل، جنس الطفل).

ويتفرع عن الفرضية الصفرية الأولى مجموعة من الفرضيات الفرعية، يمكن إجمالها على النحو الآتي:

الفرضية الفرعية الأولى: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (النوع الاجتماعي).

الفرضية الفرعية الثانية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (المؤهل التعليمي).

الفرضية الفرعية الثالثة: . لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (مستوى الدخل السنوي (متدنية، متوسطة، مرتفعة الدخل)).

الفرضية الفرعية الرابعة: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (الحالة الزواجية).

الفرضية الفرعية الخامسة: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (العلاقة مع الطفل).

الفرضية الفرعية السادسة: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (جنس الطفل).

1-7- حدود الدّراســــــة:

تتجسد حدود الدّراسة من خلال الآتـي:

1- **الحدود المكانية:** اقتصرت الدّراسة على مراكز علاج وتدريب ذوي اضطراب التوحد في العاصمة الاردنية عمّان.

2- **الحدود الزمنيـة:** تّم إجراء هذه الدّراسة خلال العام الدراسي 2015/2014 م.

3- **الحدود البشرية:** اقتصرت الدّراسة على أسر الأطفال السعوديين الذين يعانون من التوحد والذين يراجعون مراكز العناية والعلاج والتدريب في مدينة عمان.

1-8-محددات الدراسة:

1-تتحدد النتائج بمقدار صدق وثبات الاستبانة المعدة في هذه الدراسة.

2-الوقت الضيق لإجراء هذه الدراسة.

3-استجابة عينة الدراسة من لاستجابات الأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن ؛ ومدى صدق وموضوعية استجاباتهم على الاستبيان الذي طبقته الباحثة.

الفصل الثّانـي

الإطار النّظري والدراسات السّابقـة

2-1- الإطار النظـري:

2-2- الدراسات السابقـة:

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقـة

يتناول هذا الفصل مبحثين أساسيين، المبحث الأول يتعلق بالإطار النظري للدراسة، أمّا الثاني، فسيتناول مجموعة من الدّراسات السابقة.

2-1- الإطار النظـري:

2-1-1-مقدمـــــة:

تُعدّ الأسرة اللبنة الأساسية للمجتمع، وهي اللبنة الأساسية التي يعتمد عليها بقاء المجتمعات منذ بداية التاريخ حتى وقتنا الحاضر، فهي التي مدت ولا تزال تمد المجتمعات بالبراعم الفتية وتكسبهم طرق معينة لكي يكونوا قادرين على أن يلعبوا دور الراشدين في مؤسسات المجتمع الأخرى. بالإضافة إلى ذلك فإن الأسرة بطبيعة تكوينها وتركيبها، وما تسهم به في بناء شخصية الأفراد تعتبر أهم مؤسسة اجتماعية تؤثر في شخصية الكائن الإنساني وذلك لأنها تستقبل الوليد أولاً ثم تحافظ عليه خلال أهم فترة من فترات حياته وهي فترة الطفولة، وهي الفترة الحرجة في بناء وتكوين شخصية الإنسان. فالأسرة هي الجماعة التي تؤثر في شخصية الطفل وتحدد معايير سلوكه وتشكل شخصيته عن طريق التفاعل الداخلي المتكرر والقراءات المستمرة، كما أنها الجماعة التي تستمر في الغالب، في تشكيل وصياغة هذه الشخصية لفترة طويلة من الزمن، الأمر الذي يؤدي إلى تثبيت المبادئ التي تؤمن بها الأسرة في شخصية الطفل وتدعيمها طوال الحياة.

كما أن الأسرة قد تواجه الكثير من الضغوطات نتيجة لصعوبات قد تحدث، ومن بينها أن يكون لديها طفل يعاني من اضطراب التوحد، فإهمال الأسرة للطفل وعدم رعايته بالشكل المطلوب يؤثر في سلوكه كما يؤثر سلبياً في التحصيل الأكاديمي للطفل؛ وبالتالي يجد صعوبة في التعلم يؤدي إلى صعوبة بناء علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين، فيصبح منعزلاً كما يواجه صعوبة في التعبير عن الموقف الاجتماعي بنجاح أمام الآخرين(Barbara & Rebecca, 2002).

ولأجل التوضيح أكثر حول موضوع " التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن "؛ قسمت الباحثة هذا المبحث إلى أربع محاور أساسية، يمكن إجمالها على النحو الآتي:

اضطراب التوحد

الضغوط النفسية

تكيف الأسر

الأسرة والتكيف والتنشئة

2-1-2- اضطراب التوحد

عرف مجلس البحث الوطني الأمريكي (National Research Council , 2001)، التوحد على أنه طيف من الاضطرابات المتنوعة في الشدة والأعراض والعمر عند الإصابة وعلاقاته بالاضطرابات الأخرى (التخلف العقلي، تأخر اللغة المحدد والصرع)، إذ تتنوع أعراض التوحد بين الأطفال وضمن الطفل نفسه بمرور الزمن فلا يوجد سلوك منفرد بشكل دائم للتوحد ولا يوجد سلوك يستثنى تلقائياً الطفل من تشخيص التوحد حتى مع وجود تشابهات قوية خصوصاً في العيوب الاجتماعية.

كما ويعرف القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) التوحد على أنه: إعاقة تطورية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي، وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر وتؤثر سلبياً على أداء الطفل التربوي، ومن الخصائص والمظاهر الأخرى التي ترتبط بالتوحد هو انشغال الطفل بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية ومقاومته للتغير في الروتين اليومي، إضافة إلى الاستجابات غير الاعتيادية أو الطبيعية للخبرات الحسية (National Research Council, 2001)

وفيما يخص الجمعية الأمريكية للتوحد The Autism Society of America فترى أن التوحد يظهر بمظاهره الأساسية في الثلاثين شهراً الأولى من العمر وتمس الاضطرابات كل من:

أ-نسبة النمو والتطور وما يتبعها.

ب-الاستجابة للمثيرات الحسية.

ج–النطق واللغة والقدرات المعرفية.

د–القدرات المرتبطة بالناس والأحداث والأشياء.

هذا وقد تشتمل الاضطرابات الخاصة بنسب ومعدلات النمو على تأخر أو توقف أو انحدار في الحركة أو المعرفة أو السلوك الاجتماعي والاضطرابات الخاصة بالاستجابة للمثيرات الحسية، فقد تتضمن فرط النشاط أو الخمول في الاستجابة والمثيرات البصرية والسمعية واللمسية، ويعد التوحد من الإعاقات الحادة والخطيرة، وهناك الكثير من الجهود التي تبذل في تطوير استراتيجيات التعلم وتطوير فعاليتها، والتي تحدث تغيراً إيجابياً في أنماط العزلة التي يلجأ إليها الأفراد المصابون بالتوحد، وعدم القدرة على إحداث تغييرات اجتماعية ذات معنى وضعف تطور اللغة الوظيفية لديهم.

(Smith, 2001)

2-1-2-أعراض التوحـــــــــد:

فيما يخص أعراض التوحد فإنها تتباين من البسيط إلى الشديد جداً، فالأطفال المتوحدون يتباينون بشكل كبير في قدراتهم وإعاقاتهم المحددة، والعديد منهم لديه تخلف عقلي كإعاقة إضافية، والبعض لديه ذكاء عالٍ وتحصيل عالٍ.الأشخاص المتوحدون واللذين لديهم تخلف عقلي منشغلون بأشياء شديدة مؤذية للذات. وضعف في مستوى الاستجابة الاجتماعية، إن هؤلاء الأطفال يشكلون النسبة الأقل في طيف التوحد. العدد الأكبر لديه أشكال بسيطة من الاضطراب وهم قادرون على المشاركة بشكل وظيفي في المجتمع. (Hallahan & Kauffman, 2003)

2-1-3-خصائص التوحـــــــد عند سميث:

يبين سميث (Smith, 2001) خصائص التوحد على النحو الآتي:

***إعاقـة فـي التفـاعلات الاجتماعيـة التبادليـة: Impairment in Reciprocal Social Interactions**

- لا يظهرون تطـور مـودة وصـداقة مـع الآبـاء وأعضـاء الأسـرة أو مقـدمي الرقابـة كمـا لا تطـور فـي علاقات الصداقة.
- نادراً ما يلاحظ الانفعالات مثل العطف والتعاطف.
- الميل إلى عدم استعمال إشارات غير لفظية مثل (الابتسام، الإيماءات، التواصل الجسمي).
- لا يوجد تواصل بالعين أو لا يحافظ عليه.
- اللعب التخيلي نشاط نادراً ما يلاحظ.
- يظهر نقص الإيماءات التواصلية الاجتماعية والنطق خلال الأشهر القليلة الأولى من الحياة.
- يمكن أن يميز أسلوب التفاعل المفضل كعزلة مفرطة.

***قدرات تواصل ضعيفة Poor Communication Abilities:**

- اللغة الوظيفية غير مكتسبة بشكل كامل أو غير متقنة.
- محتوى اللغة غالباً غير مرتبط بالأحداث البيئية الفورية.
- سلوك نمطي وتكراري نطقي.
- لا يحافظ على المحادثة.
- المحادثات التلقائية نادراً ما يبدأ بها.

–يمتاز الكلام بأنه لا معنى له، (عقيم) وتكراري وكما يمتاز بالعناد.

–فشل متعدد في استعمال كلمات مثل أنا ونعم ومشكلات واضحة في استعمال الضمائر.

– لغة استقبالية وتعبيرية حرفية.

*** الإصرار على التماثل Insistence on Sameness:**

- التضايق الواضح كاستجابة للتغيير في البيئة.
- مظاهر الروتين اليومي يصبح طقوسياً .
- ظهور تكراري للسلوك الاستحواذي.
- سلوك شديد مفروض ذاتياً .
- سلوكات نمطية مثل (التأرجح والتلويح باليد) صعب إيقافها.

***أنماط سلوك غير اعتيادية Unusual Behavior Patterns**

- حساسية زائدة أو سلوكات غير متسقة كاستجابة للمثيرات البصرية واللمسية والسمعية.
- اعتداء على الآخرين وخصوصاً في حالة الشكوى.
- سلوك إيذاء الذات مثل الضرب والغضب.
- ظهور مخاوف اجتماعية متطرفة تجاه الغرباء والازدحام في المواقف غير الاعتيادية والبيئات الجديدة.
- تؤدي الازعاجات العالية مثل (نباح الكلب،وضجيج الشوارع) إلى ردود فعل خائفة.

- نوبات من الغضب.
- يستهلك سلوك الإثارة الذاتية وقت الطفل وطاقته.
- **إعاقة في التفاعل الاجتماعي Impairment in Social Interaction**
- وتعتبر من أهم الخصائص المميزة للمصابين باضطراب التوحد والتي تتمثل في عدم القدرة على تطوير أنواع العلاقات الاجتماعية حسب العمر: وتشمل الإعاقة الاجتماعية ":
- إعاقة في استخدام السلوكات غير اللفظية مثل:
- التواصل البصري – والإيحاءات وتعبيرات الوجه، ومشاكل في تكوين الأصدقاء أو إقامة علاقات اجتماعية والمحافظة عليها.
- معظم المصابين بالتوحد مشاكلهم مع التفاعل الاجتماعي تتعلق بالنوعية Qualitative أكثر منها كمية (Quantitation) أي أن الطريقة التي يتواصل بها مع الآخرين غير عادية.

ويعاني التوحديون من مشكلات في التفاعل الاجتماعي: استقبال المعلومات المعرفية والانفعالية وتوصيلها للآخرين خلال (تعبيرات الوجه الجسم ونغمة الكلام).

والتفاعل الاجتماعي من المؤشرات الهامة لتشخيص التوحد من مظاهر مشكلات التفاعل الاجتماعي.

1–عدم التواصل البصري: يلاحظ على التوحدي تجنب التواصل البصري مع الآخرين مما يؤدي إلى نمو اجتماعي غير سليم، لذا تعتمد البرامج التربوية على التدريب على التواصل الاجتماعي.

2–مشكلات في اللعب: يفتقر التوحدي إلى اللعب الرمزي وإلى التحليل والإبداع ولديه محدودية في الألعاب والطريقة غير العادية في استخدام اللعب.

3-صعوبة في فهم مشاعر الآخرين: يعاني هؤلاء الأطفال من صعوبات في فهم وتفسير تعبيرات الآخرين (إيماءات ونبرات الصوت والحركات الجسمية) لذا فهم غير مكترثين بمشاعر الآخرين. ولديهم صعوبات في التعبير عن مشاعرهم باستخدام تعبيرات الوجه بما يناسب المواقف الاجتماعية.

4-عدم القدرة على تكوين صداقات والاحتفاظ بها: الانسحاب الاجتماعي للتوحدي يؤثر على تكوين صداقات وغير القادرين على فهم المثيرات الاجتماعية الصادرة عن الآخرين وكيفية الاستجابة لها، إضافة إلى عدم معرفتهم بالعادات والتقاليد الاجتماعية السائدة.

- **الإعاقة في التواصل Impairment in Communication:**

تؤثر الإعاقة في التواصل لدى الأطفال المتوحدين على كل من المهارات اللفظية وغير اللفظية – فهم يوصفون بالتأخر أو القصور الكلي في تطوير اللغة المنطوقة Productive skills. مما يؤدي إلى شذوذ في طبقة الصوت، التنغيم، الإيقاع، نبرة الصوت وتوصف اللغة القواعدية بالتكرار والنمطية مثل تكرار كلمات، أو جمل مرتبطة بالمعنى Syntax

- كما ان اللغة الاستيعابية Perceptive Skills، متأخرة جداً – أي غير قادرين على فهم الأسئلة والتعليمات البسيطة الجوانب الاجتماعية باللغة هي أيضاً متأثرة فهم غير قادرين على دمج الكلمات مع الإيماءات لفهم الحديث.
- ولا يميلون إلى الإنشغال بألعاب التخيلية
- كما أن بعض التوحديون القادرين على الكلام تواصلهم غير عادي بعضهم يعيد كلام الآخرين وهي حالة مميزة لتأخر تطور الكلام (Echolalia).

- **السلوك والاهتمامات والنشاطات المحددة Restricted Behavior , Interests & Activities:**

- من الخصائص المتكررة في التوحد هي الانشغال والانهماك بأشياء محدودة وضيقة المدى، فمثلاً يلعب التوحدي بشكل طقوسي واهتمام مفرط في أشياء من نوع محدد، وينزعج لتغيير الروتين أو لأي تغير يحدث في البيئة فهم يحافظون على التماثل Sameness ولديهم مقاومة شديدة للتغيير أو النقل (Hallahand Kauffman, 2003)
- على سبيل المثال يحب الطفل المتوحد كما هي دون تغيير ويغضب إذا حدث تغيير بسيط عليها (مثل تحريك الكرسي قليلاً).
- وغالباً ما يمضي التوحديون ساعات بسلوكات نمطية وطقوسية Stereotyped & Ritualistic Behaviors
- كما يعرف التوحديون بقيامهم بحركات معادة مثل: تلويح أيديهم أمام أعينهم أو عض أيديهم.
- أن بعض السلوكات الطقوسية للتوحديين معقدة، فبعضهم يجب أن يلمس كل باب وهو يمشي والبعض الآخر يلمس كل مقعد في الصف ويغضبون لمحاولة منعهم من أداء تلك الطقوس.
- **السلوك النمطي والطقوسي Stereotyped & Ritualistic Behavior**
- السلوك النمطي الطقوسي من السلوكات الملاحظة على العديد من الأفراد المصابين بالتوحد. فقد يكون عدوانياً موجهاً للآخرين أو إيذاء الذات فالمشاكل السلوكية التوحدية هي مشكلات رئيسة، والكثير منها في الحالات الشديدة تكون دائمة وتعيق بشدة فرص التعلم التفاعل الاجتماعي المتاحة للطفل.

- **الوحدة التوحدية Autistic Aloneness**

- الأطفال المتوحدون عاجزون عن إقامة علاقات انفعالية دافئة مع الأفراد. لا يستجيبون إلى السلوك العاطفي من آبائهم مثل الابتسامات، لا يفضلون أن يحتضنوا أو يقبلوا ولا يوجد فرق في سلوكهم تجاه الأفراد والأشياء ويمتازون بغياب التواصل البصري وتجنب التحديق

- **عيوب حسية ظاهرة Apparent sensory Deficits:**

- يستجيب بعض التوحدون أو ذوي الاضطرابات النمائية العامة إلى الإحساسات السمعية واللمسية البصرية بطريقة غريبة وشاذة فإما حساسية شديدة، أو لديهم قصور في الاستجابة الحسية مما يسبب مشكلات في معالجة المدخلات الحسية لدى التوحديين وصعوبة في المشاركة في المواقف الطبيعية، فهم يتجنبون أشكالاً من التواصل اللمسي والجسمي.

- حوالي 40% منهم لديهم حساسية عالية لأصوات محددة عندما يتعرضون لها. فنجدهم يغطون آذانهم أو يظهرون نوبات غضب، كردود فعل لسماع الأصوات، ولكونهم لا يستجيبون إلى الأصوات فقد يعتقد أنهم صم (Edelson, 2003) مع ان السمع لديهم سليم، وهؤلاء لديهم ردة فعل للأصوات الناعمة مثل صوت الطباشير عند الكتابة على اللوح، فعدم الاتساق في الاستجابات للمثيرات السمعية قد يكون ناتجاً عن مشكلات في الإدراك والإحساس الذي قد يعود إلى شذوذ في القشرة الدماغية (Ortex) في دمج وإدراك المدخلات الحسية تؤدي إلى ردود فعل غريبة ومتنوعة للأصوات والأضواء واللمس (Otmanns at Emery).

- **نوبات الغضب أو الهيجان Tantrums:**

- من الملامح المميزة للأطفال المتوحدين هي الصراخ والبكاء كاستجابة للانزعاج أو الاحباط، وفي بعض الحالات تؤدي إلى سلوك عدواني نحو الآخرين وتحدث صراعات بين هؤلاء الأطفال في مواقف التفاعل الاجتماعي.

- **سلوك إيذاء الذات Self – Injuries Behavior:**

- لدى التوحديون سلوكات مؤذية لأنفسهم مثل ضرب الرأس، العض، حك الجلد، وغيرها، ولا يظهرون الألم بهذه السلوكات، مما يثير القلق لدى الآخرين ويؤدي إلى صعوبات اجتماعية، ويعالج ذلك من خلال إجراءات تعديل السلوك (Ottomans and emery , 1998)

- **عيوب معرفية:**

- تظهر لدى التوحديون عيوباً في العمليات الإدراكية لذلك فهم يقومون باستجابات شاذة للإثارة الحسية وهذا يعود إلى القدرات الوظيفية الإدراكية ولديهم عيوب في معالجة المعلومات.

- **مدى شدة الأعراض Range of Severity of Symptom**

- إن أعراض التوحد تتفاوت من البسيط إلى الشديد جداً، ويختلفون بشكل كبير في القدرات المحددة، وبعضهم لديه مشاكل مصاحبة والبعض لديه ذكاء عالٍ، والذين لديهم تخلف عقلي منشغلون (بإثارة ذاتية) أي السلوكات شديدة مؤذية للذات وضعف الاستجابات الاجتماعية هم يشكلون النسبة الأقل في طيف التوحد، العدد الأكبر لديه أشكال بسيطة من الاضطراب وهم قادرون على المشاركة بشكل وظيفي في المجتمع.

2-1-4-خصائص التوحد:

هناك عدة خصائص للتوحد، يمكن إجمالها على بما يلي:

الخصائص المعرفية (Cognitive characteristics):

أكثر من 70%من التوحديين لديهم قدرات عقلية متدنية تصل أحياناً إلى حد الإعاقة العقلية، شديدة أو متوسطة، وأن نسبة حوالي 10% لديهم قدرات عقلية مرتفعة في جوانب محددة مثل الذاكرة، والحساب، والفن.

- كما أن لديهم اضطرابات في الانتباه والنشاط الزائد والتشتت السريع وفقدان الاهتمام بالمهمات بعد وقت قصير (Frith ,2003)، أما المزاج والمشاعر لديهم فتكون سطحية غير متفاعلة مع الأشخاص والأحداث، قد تظهر السعادة لديهم عند تلبية حاجاتهم (Wing, 1988)

- **الخصائص الحسية (Sensory Characteristics):**

لدى التوحديون تأخر في اكتساب الخبرات الحسية وعدم تناسق في الاستجابات الحسية، فقد يعانون من حساسية سمعية للنبرات الصوتية، كما قد يعانون من حساسية سمعية للمثيرات الصوتية، فقد يسمع أصواتاً لا يسمعها الآخرون فتسبب له ازعاجاً وارتباكاً، وبعضهم لا يستجيبون للأصوات العالية فيبدون وكأنهم صم، بينما يمكن ان ينزعجوا من أصوات مألوفة كصوت الهاتف، أو المكنسة الكهربائية.

هذا وقد يشعرون بالفزع ويضعون أيديهم على آذانهم لتجنب تلك الأصوات، وفي مجال المثيرات البصرية، يخافون من رؤية بعض الألوان، وبعضهم يظهر حساسية بصرية وكأنهم يرون أشياء لا يراها الآخرون (Wing 1988)

- وفي مجال المثيرات اللمسية، يظهرون حساسية جلدية كبيرة تبعدهم عن الآخرين عند محاولة لمسهم أو الاقتراب منهم أو قد لا يشعرون بأي إحساس لمسي ولا يشعرون بالألم رغم تعرضهم لأذى جسدي.

كما يرى بدر (2004) أنه في مرحلة الطفولة المبكّرة يكون التوّحد في أوج شدته، وتظهر بعض أو جميع السمات التالية على الأطفال التوّحديين:

1. قلّما يشير الطفل إلى لعبة أو إلى الأشياء التي يحبها كنوع من المشاركة أو التفاعل الإجتماعي.
2. لا يستجيب الطفل عند مناداته بإسمه ويبدو كأنه أصم، ولكّنه قد يستجيب لأصوات أخرى تصدر في البيئة المحيطة به كصوت لعبة.
3. لا يركّز الطفل بصره على والديه كما يفعل باقي الأطفال الأسوياء، بل يتفادى الكثير منهم التواصل البصري مع الآخرين.
4. لا يصدر الطفل أصوات المناغاة كغيره من الأطفال.
5. لا يلعب بلعبةٍ مع الآخرين بطريقة طبيعّية، كما أنه يفتقد إلى القدرة على التخّلي أو الّلعب التمثيلي.
6. يعاني ضعفاً في مهارات التقليد.
7. يقلّ اهتمامه بالأشخاص المحيطين به أو يغفل وجودهم، ويبدو أنه يعيش في عالمه الخاص.
8. لا يشارك في الألعاب البسيطة التي يحّبها غيره من الأطفال.

9. يصعب جعل الطفل يوّجه بصره إلى الآخرين ويتابعهم بنظراته.

10. لا يرفع ذراعية إلى الأعلى لكي يحمله أحد والديه.

11. تأّخر أو فقدان التطّور الّلغوي.

12. صعوبة فهم انفعالات وعواطف الآخرين ولا يرد على ابتسامة الغير بمثلها.

13. يواجه بعض الأطفال التوّحديين صعوبات في النوم.

2-1-4-الأسباب المؤدية إلى اضطراب التوحد:

يبين زريقات (2004) بأنه يبدأ بين 10 إلى 20% من الأطفال المتوحدين بالتحسن بين سن الرابعة والسادسة من العمر وهم قادرون على الالتحاق بالمدارس العادية والحصول على عمل. ويستطيع من 10-20% من الأطفال المتوحدين العيش في المنزل ولكنهم يحتاجون إلى مدارس خاصة أو مراكز تدريب، ولكنهم لا يستطيعون العمل، ويتحسن الباقي والمقدرة نسبتهم حوالي 60% بشكل قليل ولكنهم غير قادرين على العيش باستقلالية ومعظمهم يحتاج إلى رعاية مؤسسة داخلية طويلة المدى، وهؤلاء اللذين يتحسنون يستمرون في إظهار مشكلات لغوية، وبرود انفعالي وسلوك غريب.

كما أنه تعددت الأسباب المؤدية إلى اضطراب التوحد ودأب العلماء على دراستها للتعرف إليها الأمر الذي قد يفيد في الوقاية منها والحيلولة دون وقوعها وفيما يلي استعراض لأبرز هذه الأسباب:

1- العوامل العضوية والبيولوجية Organic & Biological Factors:

يرى الأطباء إصابة الدماغ من الأسباب الرئيسية لصعوبات التعلم، وذلك نتيجة تلف في الدماغ، أو ما يصيب الدورة الدموية من مشاكل، أو من بعض العمليات الكيماوية التي تحدث في الجسم بشكل غير طبيعي، وبشكل خارج عن المألوف، فتكون بمستوى مرتفع أو منخفض أكثر من المعتاد، الأمر الذي يؤثر على نمو الجهاز العصبي خلال فترة الحمل، أو الولادة، وقد تصيب هذه العمليات الكيماوية الدماغ إصابات مباشرة تؤثر بالتالي على نموه. وقد يتعرض الطفل لصدمات شديدة خلال رضاعته أو أيام طفولته تلحق بجهازه العصبي آثاراً ضارة، وقد تلحق بدماغه إصابات معينة نتيجة تعرضه للإصابة بالحمى المرتفعة أو لحالة من حالات التسمم، وقد يلحق الدماغ تلف نتيجة تعاطي أدوية وعقاقير لأمراض معينة أو نتيجة العلاج بالأشعة لكل الجسم وبخاصة إذا ما تعرض الدماغ أو إحدى مناطقه إلى النزيف، الأمر الذي يزيد من صعوبات التعلم عند الفرد. (عدس، 1998).

وأثبتت نتائج الأبحاث والدراسات الطّبّية أنّ مضاعفات ما قبل الولادة تتجلّى لدى أطفال التوّحد، أكثر منها لدى الأسوياء أو حتى المصابين باضّطرابات أخرى (الجلبي، 2005 ص 46 – 48).

هذا وبينت بعض صور الأشعة الحديثة مثل تصوير التردّد المغناطيسي (MRI):

1- وجود بعض العلامات غير الا طبيعّية في تركيبة المخ وفي عدد معّين من خلايا البوركينجي (Purkinje).

2- أنّ (20 – 25 %) من أطفال التوّحد يظهرون اتساع البطينات الدماغّية.

3- أنّ هناك أجزاء من المخيخ في (82%) من حالات التوّحد غير كاملة.

4- أنّ هناك اختلافات متفاوتة لتخطيط الدماغ الكهربائي في نسبة (10 – 83%) من أطفال التوّحد.

5- وجود تلف في الجزء الصدغي من الدماغ (Temporal) ويوجد على هذا الفص مراكز التفاهم والتّفاعل الاجتماعي ، ومن هنا يمكن الربط بين هذا التلف العضوي وإعاقة التوّحد.

6- تشّوه أو زيادة في سمك طبقة القشرة المحيطة بالمخ (Cortex).

7- وجود خلل أو إصابة في نسيج مركز ساق المخ الّذي يعرف باسم " النظام الشبكي النشيط " (Reticular Activating System "R. A. S")، وهو المركز الأساسي للمعرفة بدءاً من استقبالها من الخارج عن طريق الحواس الخمس ومروراً بالإدراك والتخزين والاستدعاء، وهذا ما يفسّر ضعف الإدراك عند التوّحديين"(إبراهيم بدر: 2004 ص 34 – 36).

كما وأن كثيراً من الأدوية التي تتعاطاها الأم أثناء فترة الحمل تصل إلى الجنين مباشرة، ولذلك يعتقد العلماء بأن استخدام الأم للسجائر والكحوليات وبعض العقاقير أثناء الحمل قد يكون لها تأثير مدمر على الجنين ويمكن أن يؤدي به إلى مشاكل في التعلم والانتباة والذاكرة والقدرة على حل المشكلات.(Neuwirth,2002).

2- العوامل الجينية الوراثية Genetic Factors:

أشارت نتائج دراسات الأقارب من الدرجة الأولى ودراسات التوائم إلى أن اضطراب التوحد قد تكون ناتجة عن عوامل وراثية.فعلى سبيل المثال الأطفال الذين يفتقدون بعض المهارات المطلوبة للقراءة بشكل جيد، من المحتمل أن يكون أحد أبائهم يعاني من مشكلة مماثلة.ولكن قد تأخذ صعوبات التعلم عند الأب شكلا مختلفا قليلا عند الطفل، فقد يكون الأب الذي يعاني من صعوبة في ألكتابة له

طفل يعاني من صعوبة في استخدام اللغة. ولهذا السبب لا يمكن اعتبار أن الصعوبة تورث بشكل مباشر. وايضا من المحتمل أن ما يورث هو الخلل في الدماغ وهو يمكن أن يؤدي إلى اضطراب التوحد. ويمكن أن يكون هناك تفسير أخر للاضطراب التوحد من الناحيه الجينية وهو أن بعض الصعوبات قد تكون ناتجة عن المناخ الأسري. فعلى سبيل المثال فقد ينعكس صعوبة الحديث عند الآباء الذين يواجهون مشكلة في استخدام اللغة على الطفل ويفقد النمودج الجيد لاكتساب اللغة ولذلك يبدو وكأنه يعاني من اضطراب توحد. ولا يعني أن صعوبات التعلم امرا وراثيا بأن هؤلاء الأطفال لا يمكنهم الانتفاع من التعليم، ولكن يعني بأن هناك صعوبة أكبر لدى هؤلاء الأطفال للتعلم باستخدام طرق التدريس العادية، وبمعنى اخر أن هناك حاجة لبذل جهود أكبر في عملية تدريس الأطفال ذوي صعوبات التعلم لتعويض الصعوبات الوراثية الموجودة لديهم (كيرك، كالفانت، 1988).

3- مشاكل البيئة والتغدية

لاحظ العلماء أن تلوث البيئة من الممكن أن يؤدي إلى اضطراب التوحد بسبب تاثيره الضار على نمو الخلايا العصبية، فأن المخ يستمر في أنتاج خلايا عصبية جديدة وشبكات عصبية وذلك لمدة عام أو أكثر بعد الولادة، ومن اهم المواد التي أثبتت الدراسات ارتباطها باضطراب التوحد مادتي الكادميوم والرصاص الموجودة في البيئة بشكل كبير، مثلا اظهرت الدراسات الارتباط بين اضطراب التوحد ومادة الرصاص، فقد أجريت تجربة على فئران تم استخدام الرصاص في الغذاء لديهم مما سبب لديهم تغيرا في إشاراتهم الدماغية، مما أدى إلى بطء قابليتهم للتعلم. وقد وجد أن الأطفال الذين تم علاجهم بالمواد الكيميائية أو تعرضهم لإشعاعات في عمر صغير قد يسبب ذلك لديهم صعوبات تعلم، ومن أهم الاسباب التي تؤثر على صعوبات التعلم نقص الغذاء، فأن نقص الغذاء أو سوء التغدية لها

تأثير مباشر على نمو الجهاز العصبي المركزي ونضج الدماغ الذي يؤثر في التعلم عند الأطفال (Neuwirth,2002).

4- أسباب نفسّية:

يرى أصحاب وجهة النظر هذه أنّ إعاقة التوّحد سببها الإصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة (الجلبي، 2005، ص50).

وقد افترض أن التوّحد ينشأ بسبب وجود الأطفال التوّحديين في بيئة تفتقد للتفاعل والتواصل، مما يؤثّر على نمّو الطفل النفسي والإجتماعي واهتماماته وأنشطته (أبو السعود، 2000).

5- أسباب إدراكّية وعقلّية:

هناك البعض من المفكرين يعتقدون أنّ إعاقة التوّحد سببها اضّطراب إدراكي نمائي يحول دون القدرة على تنظيم الإستقبال الحّسي وتكوين أفكار مترابطة وذات معنى، وتشير الدراسات إلى أن الأطفال التوّحديين لديهم انخفاض في القدرات العقلّية المختلفة. والطفل التوّحدي لا يفهم كيف يتأثر سلوكه بأفكار ومعتقدات الآخرين. وبموجب هذه النظرّية فإنّ التوّحديين ليس لديهم عالم حّسي، بالإضافة إلى صعوبات في الجوانب المعرفّية والإجتماعّية في الجانب المعرفي والإجتماعي (أبو السعود، 2000).

6- أسباب اجتماعّية:

يعتقد البعض أن إعاقة التوّحد ناتجة عن إحساس الطفل بالرفض من والدية وعدم إحساسه بعاطفتهم فضلاً عن وجود بعض المشكلات الأسرّية. مما يؤّدي إلى خوف الطفل وانسحابه من هذا

الجّو الأسري وانطوائه على نفسه، ويرى كانر أن العزلة الإجتماعّية وعدم الإكتراث بالطفل التوّحدي هما أساس المشكلة التي قادت إلى كل التصرفات غير الطبيعّية، فقد كتب كانر بأّن معظم آباء الأطفال الذين تّم تشخيصهم من قبله كانوا من ذوي التحصيل العلمي العالي وكانوا غريبي التصّرف مفرطي الذكاء والإدراك الذهني، صارمين، منعزلين، جاّدين، يكّرسون أوقاتهم لمهنهم ولأعمالهم أكثر منها لعائلاتهم. وهو يرى بأن توّحد الطّفولة لمبكّرة قد يكون عائداً إلى تأثّر الطفل ببعد أو انعزال الأب عن المجتمع بصورة ملحوظة.غير أّن الدراسات لم تظهر فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين من حيث الجو النفسي داخل الأسرة وأسلوب رعاية وتنشئة الأطفال والتعامل معهم. مّما يستبعد أن تكون الأسباب الإجتم اعّية والأسرّية لها علاقة مباشرة بالتوّحد (الجلبي، 2005 ،ص 49).

2-1-5-الصعوبات الأساسية التي يواجهها التوحديون:

هناك عدة صعوبات يواجهها التوحديون، يبينها الوقفي (2001) على النحو الآتي:

1-الصعوبات الأكاديميـة:

وتتمثل في صعوبة القراءة وصعوبة الكتابة وصعوبة الرياضيات، أما بالنسبة لصعوبات القراءة فتمثل منزلة عالية من الصعوبات الأكاديمية حيث تتجلى في عدم القدرة على التعرف إلى الكلمات المكتوبة أو الاستيعاب أو تحليل الكلمة وتركيبها.

وتظهر صعوبة الكتابة في مجال الإملاء أو التعبير الكتابي بالرغم من أن بعض هؤلاء الطلاب يجيدون الكلام والتحدث. وتتمثل صعوبة الرياضيات في مواجهة مشكلات في إجراء العمليات الحسابية من جهة والصعوبة في حل المسائل من جهة ثانية.

2-الصعوبات التطوريـة:

وتعرف بانحرافات التطور في عدد من الوظائف النفسية واللغوية التي تتفتح بشكل سوي مع نمو الطفل. ومن تلك الصعوبات التطورية:

- اضطرابات اللغة الشفوية: إن ما يعادل التصنف من ذوي صعوبات التعلم يعانون من مشكلات اللغة الشفوية والكلام، والاضطرابات اللغوية سواء الاستقبالية أو التعبيرية هي أكثر صعوبات التعلم التي تلاحظ في عمر ما قبل المدرسة.
- صعوبات التفكير: وترتبط هذه الصعوبات باضطراب اللغة الشفوية ويقصد بصعوبات التفكير المشكلات التي يواجهها الطفل في العمليات المعرفية اللازمة لتكوين المفهوم وتصميمه وحل

المشكلات وربط الأفكار ببعضها بعضاً لتكوين أفكار جديدة وبخاصة الأفكار المجردة لضعف في عدد أو ضعف في اختصاص المعاني الكاملة للمفردات.

- اختلالات الذاكرة: تظهر في عدم القدرة على تذكر أو استدعاء ما سمعه الطفل أو رآه أو خبره، أي أنهم كثيراً ما يعانون من اختلالات في الذاكرة البصرية أو الذاكرة السمعية.
- اضطرابات وفرط الحركة: ويقصد بها القدرة على اختيار المنبه المناسب والانصراف عن المنبهات الكثيرة التي تنهال على الطفل طوال الوقت وتتنافس فيما بينها على الاستحواذ على انتباهه سواءًأكانت هذه المنبهات سمعية أو لمسية أو بصرية أم حركية. ويرتبط اضطراب الانتباه بفرط الحركة، إذ يتميز ذوو فرط الحركة بأنهم دائمو الحركة والتدافع والتنقل بين المقاعد وطرح الأسئلة دون انتظار للجواب وقصر فترة الانتباه وعدم القدرة على تركيز المدة اللازمة لإجراء عمليات فكرية أو الانتهاء في المهمة التعليمية.
- اضطرابات الإدراك والإدراك الحركي: مع أن صعوبات التعلم كانت قد رُدت عند بعض الباحثين مثل أورتون إلى اضطرابات في الإدراك، إلا أن الدراسات المتأخرة لم تسفر عن تثبيت الإدراك سبباً لصعوبات التعلم. ولكن إذا جاز نفي العلاقة السببية بينهما فإنه يصح القول بوجود علاقة ارتباطية واضحة بينهما، إذ يلاحظ أن من يعانون من الإدراك البصري معرضون لاضطرابات في التناسق الحركي وسوء التوجه المكاني، مما يشير إلى أن ذوي صعوبات التعلم يتميزون بأداء ضعيف فيما يتطلب قدرة في الإدراك البصري.

(الوقفي، 2001)

2-1-6-محكات اضطراب التوحد:

يرى الوقفي (2003) أن هناك عدة محكات تميز الأطفال المتوحدين، يمكن إجمالها على النحو الآتي:

1-محك التباين: ويقصد به وجود فرق ذي دلالة بين قدرة الطفل التعلمية ومستوى تحصيله الفعلي في مجال واحد أو أكثر من مجالات الإصغاء أو التفكير أو الكلام أو القراءة أو الكتابة.

2-محك التفاوت بين القدرات الذاتية: وينعكس هذا التفاوت في نمو القدرات على شكل تفاوت في مستويات تحصيل المواد المختلفة.

3-محك الاستبعاد: حيثُ يستبعد هذا المحك الطلبة ذوي المشكلات التعلمية الناشئة مبدئياً من إعاقات بصرية، أو سمعية، أو حركية، أو إعاقة عقلية أو اضطراب انفعالي، أو حرمان بيئي أو ثقافي.

4-المحك العصبي: لقد أشارت دراسة دن (Dunn, 1968) المتعلقة بالتربية الخاصة لذوي الإعاقة البسيطة، بأن التوحد بشكل صريح أو ضمني يؤدي إلى أثر في القصور الوظيفي للجهاز العصبي في إحداث صعوبات التعلم، وقد يرجع هذا القصور إلى عوامل وراثية أو تشوهات كيميائية حيوية.

وهناك عدد من المحكات كمحك عدم القدرة على التعلم بالأساليب العادية، ومحك الصعوبات الأكاديمية، ومحك اضطرابات اللغة الشفوية، ومحك ضعف الوعي المعرفي ومحك المشكلات الاجتماعية والانفعالية، ومحك مشكلات الذاكرة، ومحك الاضطرابات الحركية ومحك اضطرابات الانتباه وفرط الحركة.

2-1-7-تكييف البيئة الصفية:

إن الدراسات التي عرفت باسم دراسات الفاعلية التي ظهرت في عقدي الستينات والسبعينات من القرن العشرين ألقت بظلال من الريبة والشك على فاعلية تعليم الطلبة ذوي الإعاقات البسيطة في صفوف خاصة معزولة. فقد أشارت نتائج عدد كبير من تلك الدراسات إلى أن التحصيل الأكاديمي للطلبة ذوي الإعاقات البسيطة الذين تلقوا تعليمهم في صفوف عادية كان أفضل من الطلبة الذين تلقوا تعليمهم في صفوف خاصة.

وكان من أهم الدراسات في هذا المجال دراسة دن (Dunn, 1968)، بعنوان " التربية الخاصة لذوي الإعاقات البسيطة: إلى أي مدى لها ما يبررها ؟"، وقد بين فيها أن الصفوف الخاصة لم تكن ذات فائدة أكاديمية كبيرة للطلبة ذوي الإعاقات العقلية البسيطة.

وتجدر الإشارة إلى أن دراسات الفاعلية تعرضت لانتقادات عديدة وبخاصة على صعيد منهجية البحث المستخدمة فيها. ولكن ذلك لا يقلل من إيجابياتها الأساسية وهي:

أ-توفير قاعدة أوسع من البدائل التعليمية للطلبة ذوي الحاجات الخاصة.

ب-التقييم غير المتحيز.

ج-معارضة التسميات التصنيفية.

د-الدعوة لمشاركة أولياء الأمور بشكل نشط عند تحديد الوضع التعليمي المناسب للطالب.

وعلى كل حال، لم تنجح نتائج البحث العلمي بمفردها في تقديم دعم قوي لدمج الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية. ولكن الدمج حظي بقبول ودعم من الناحيتين الأخلاقية والفلسفية. فتبرير

الدمج من خلال الدفاع عن حقوق الأشخاص المعوقين باعتبار أن لهم نفس الحقوق كجميع المواطنين الآخرين في المتجمع أمر مقبول اجتماعياً يعكس وجهة نظر إنسانية ومتحضرة.(الخطيب، 2004)

يترتب على تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الأوضاع التعليمية الطبيعية تغيرات كبيرة في أدوار ومسؤوليات معلمي الصفوف العادية، فهو من ناحية يتضمن تكييف البيئة الصفية وتعديلها، وذلك لا يعني اختصار المنهاج أو تخفيف سرعته للطفل ذي الاحتياجات التربوية الخاصة، فذلك تبسيط للأمور وممارسة غير فاعلة حيث أن المتصفين بالتوحد لدى هذه الفئات من الأطفال لا تتصل بسرعة تقديم المهمات التعليمية لهم فحسب، ولكن هذه الصعوبات ترتبط أيضا بالقدرات والقابليات اللغوية، وأنماط التعلم، والدافعية، والعادات الدراسية. وعليه، فإن تكييف البيئة الصفية يتضمن تعديل عناصر عديدة من أهمها:

1. تعديل أساليب التدريس بحيث يصبح هناك تعليمات وتوجيهات محددة، ويفضل أن تكون هذه التعليمات كتابية ولفظية في آن معاً .
2. البدء مع الطفل من حيث هو الآن (مستوى أدائه الحالي) فإذا كان الطفل غير قادر على أن يحل أكثر من مشكلة واحدة في نفس الوقت يصبح من الضروري تجنب إعطائه عدة مشكلات دفعة واحدة وبعد أن يتعلم ويتطور يمكن زيادة عدد المشكلات تدريجياً .
3. استخدم التعزيز بشكل متكرر وبخاصة التعزيز اللفظي (الثناء) وتجنب اللجوء إلى التوبيخ فذلك من شأنه أن يستثير دافعية الطفل الذي يكون قد تطور لديه شعور بالفشل بسبب الخبرات التراكمية السابقة.

4. تحليل المهام التعلمية وبخاصة عندما تشكل المهمة مفهوماً جديداً بالنسبة للطفل. فالتعميم المتوخى من المهمة يجب أن يتحقق خطوة فخطوة.وعندما يواجه الطفل صعوبة في تأدية المهمة بطريقة متقنة يجب أن تتاح له الفرص أن يتعلمها وفق النمط التعليمي المفضل لديه. بعبارة أخرى،قد يستطيع الطفل أن يتعلم بصرياً ما لم يستطع تعلمه سمعياً .

5. ربط التعلم السابق بالتعلم الآلي، فمراجعة الموضوعات السابقة ضرورية وتكرار الصعب منها وإعادته هو الآخر أمر مهم.

6. توفير الفرص للطفل للاستجابة بطرق مختلفة ليس بالطريقة اللفظية التقليدية دائماً .

7. تجاوز معايير التصحيح وتوزيع الدرجات بحيث لا يقع الظلم على الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. فكما أن التعليم الذي يراعي الفروق الفردية هام فإن مراعاة هذه الفروق عند التقويم أمر هام هو الآخر. وبوجه عام، ينبغي مراعاة الفروق على مستوى الفرد نفسه (تحسن أداء الطفل من وقت إلى آخر)، وليس الاهتمام كاملاً بالفروق بين الأفراد (مقارنة أداء الطفل بأداء الأطفال الآخرين).

8. توفير مناخ صفي متفهم ومتقبل للطفل ذي الحاجات الخاصة فبدون ذلك سيشعر هذا الطفل بالرفض والعزلة، ومفتاح هذا القبول هو تطوير مستوى تحمل الفروق الفردية فالاختلاف لا يعني الدونية ومثل هذا القبول يمكن تعليمه بتقديم الإيضاحات وبالمناقشة والنمذجة والتعزيز التفاضلي.

2-1-8-دور المعلم في تخطيط وتنفيذ استراتيجيات التدريس مراعياً الأطفال المتصفين باضطراب التوحد:

بين ستيفنز وآخرون في سنة 1982، (Stephens et al., 1982) بأن هناك عدة مهام للمعلم لأجل تخطيط وتنفيذ استراتيجيات بقصد مراعاة الطلبة المتصفين باضطراب التوحد، يمكن إجمالها بما يلي:

- استخدام المتطوعين، وأولياء الأمور، والرفاق لدعم الأنشطة الصفية.
- تطوير الأدوات والوسائل التعليمية أو تكييفها حسب الحاجة.
- مراعاة الفروق الفردية بين الطلبة عند تخطيط التدريس وتنفيذه.
- تشكيل مجموعات من الطلبة تبعاً لأنماط تسمح بالمرونة والتنويع.
- تطوير جداول زمنية مرنة.
- إجراء تعديلات على بيئة الصف.
- استخدام الأساليب المناسبة لتعديل السلوك في الصف.
- تنفيذ أنشطة صفية لتشجيع التفاعل بين الطلبة.
- جمع المعلومات لتقييم التقدم الذي يحرزه الطلبة.
- تطوير نظام تغذية راجعة لتقديم المعلومات للطلبة والمعلمين وأولياء الأمور.
- استخدام المعلومات لتقييم مدى تحقيق الأهداف المنشودة.

2-1-3- الضغوط النفسية:

قد يتعرض الأفراد الأشخاص، سواء كانوا ذكوراً أم إناثاً، إلى الضغوط النفسية في مختلف مجالات الحياة اليومية وخصوصاً في بيئة العمل، ويستخدم تعبير الضغط للإشارة إلى حدث تتجاوز فيه المطالب البيئية الخارجية أو المطالب الداخلية أو كلاهما معاً مصادر التوافق لدى الفرد.

وهذا تعد محاولة تعريف الضغط النفسي من المحاولات التي تكتنفها كثير من الصعوبات من الناحية العلمية، فهي عملية ترتبط بتحديد ظاهرة الضغوط النفسية ذاتها، والتعريف العلمي ما هو إلا كلمات لها مدلولات علمية تحدد طبيعة الظاهرة تحديداً جامعاً ومانعاً. ونظراً لأن الضغوط النفسية ظاهرة معقدة ومتداخلة الأبعاد، والعلاقة بين أبعادها دائرية، فلم يتفق العلماء على تعريف واحد يمكن أن يعكس الناحية الكيفية والكمية للضغوط النفسية (الرشيد، 1999).

وعرف حمدان (2004) الضغوط بأنها الاستجابة الفسيولوجية الخاصة بعملية التكيف مع الظروف الخارجية والداخلية، أو أنها استجابة غير نوعية للجسم لأي مطلب أو حدث لحدوث التكيف مع متطلبات البيئة السارة وغير السارة، بمعنى أنها الحالة التي يعبر عنها الفرد بأعراض نوعية تنشأ نتيجة حدوث تغيرات غير نوعية في الجهاز البيولوجي .

والضغط يحدث عندما يحاول الفرد التكيف مع مطالب مفروضة عليه وحينما يجد نفسه لا يستطيع الاستمرار في أداء دوره بالشكل الطبيعي مع استمرار الضغط لمدة طويلة.

والضغوط هي قوة تحدث تعديلاً وتحويراً مهماً في شكل نظام ما عندما تنطبق عليه هي أيضاً حالة من التوتر النفسي تحدثها أنماط القوى أو الضغوط الاجتماعية أو الجسمية أو النفسية.

2-1-3-1-مراحل الضغوط النفسية:

بين ألوي وآخرون في سنة 2007م، (Alloy… et..al,2007) بأن هناك عدة مراحل تمر بها الضغوط النفسية، يمكن إجمالها على النحو الآتي:

المرحلة الأولى: مرحلة التنبه أو الإنذار: يقوم الجسم في هذه المرحلة بالتحضير لاستجابة المواجهة أو الهرب (Fight or Flight) بعد التعرض لمثير ضاغط، ويتم ذلك عن طريق إفراز هرمونَي الأدرنالين والأبنفرين، وزيادة معدل التنفس، وتسارع دقات القلب، وارتفاع ضغط الدم، فيقوم الفرد باستخدام أقصى ما لديه من طاقة، وتضعف مقاومته للمثيرات الضاغطة.

المرحلة الثانية: مرحلة المقاومة: وفي هذه المرحلة يقوم الفرد بالدفاع عن نفسه عن طريق مواجهة المثيرات الضاغطة، وتتأثر هذه المرحلة بقدرته العضوية على التكيف مع شدة الضغط، فتتطلب الكثير من الجهد. وإذا استمر الضغط فإن الفرد يكون عرضة للإصابة بالأمراض مثل القرحة، وارتفاع ضغط الدم، وضيق التنفس.

المرحلة الثالثة: مرحلة الإرهاق أو الإنهاك: يبقى الضغط مستمراً على الفرد في هذه المرحلة، وتضعف مقاومته، ويتدنى نشاط الجهاز العصبي وينهار الفرد جسمياً ونفسياً، فقد يصاب بالاكتئاب أو باضطرابات نفسية أخرى، وقد يتعدى ذلك إلى الموت المفاجئ.

2-1-3-2-آثار الضغط النفسي:

يتعرض الأفراد في مختلف مراحل حياتهم، سواء أكانوا صغاراً أمكباراً، ذكوراً أم إناثاً إلى الضغوط النفسية في مختلف مجالات الحياة اليومية، وهذا التعرض وبشكل متكرر يستثير استجابات

متعددة تؤدي إلى الضغط النفسي، وقد يترتب على ذلك أثار سلبية مدمرة أحياناً ومهددة لحياة الأفراد وسعادتهم، وتصنف هذه الآثار إلى:

1. الآثار الجسمية :

تتمثل الآثار الجسمية للضغط النفسي في جفاف الفم، والتعب والانحطاط العام، وسرعة خفقان القلب، والإسهال أو الإمساك، وتكرار الحاجة للتبول، واضطراب المعدة والجهاز الهضمي، وآلام الظهر والرقبة، ونوبات الدوار، وفقدان الشهية للطعام أو زيادته والسكري والربو. وبذلك فإن الضغط النفسي يضعف مناعة الجسم تجاه مقاومة الأمراض المختلفة، ويستجيب الفرد تبعاً للمناطق الأكثر استعداداً للإصابة بالمرض وبشكل مختلف من شخص لآخر.

2. المظاهر النفسية:

هناك بعض الأعراض الانفعالية للضغط النفسي مثل: تغير في المزاج أو الانفعال دون أسباب واضحة، ودافع قوي للبكاء، ودافع قوي لإيذاء الآخرين، وشعور بعدم الاستقرار الانفعالي، وفقدان الشعور بالمتعة، وشعور بالقلق والحزن، وخوف من المستقبل وتوقع حوادث سيئة، وخوف من الفشل، وصعوبة الاستغراق بالنوم.

وقد لا تصاحب كل هذه الأعراض الضغط النفسي، فالذي يقرر نوعية الأعراض هو الموقف الضاغط و الفروق الفردية في استجابة الفرد للموقف الضاغط، كما أنها قد تكون مؤقتة تنتهي بانتهاء الموقف الضاغط، وهناك مظاهر معرفية للضغط النفسي مثل ضعف التركيز وضعف الذاكرة، والأفكار غير المنطقية.

2-1-3-3-أسباب الضغط النفسي

وضع عسكر (2002)، ثلاثة جوانب مهمة يتداخل بعضها مع بعضها الآخر، لتسبب حدوث الضغط النفسي:

1. العوامل الخاصة بالجانب الفردي: مثل مدى توقعه للحياة التي يعيشها.
2. العوامل الخاصة بالجانب الاجتماعي: مثل زيادة اعتماد أفراد المجتمع على المؤسسات الاجتماعية، وما يتبعه من زيادة العبء الوظيفي والذي يكون سببا في تقديم خدمات أقل من المطلوب، مما يسبب للمهنيين شعورا بالإحباط ومن ثم تزايد الضغوط.
3. العوامل الخاصة بالجانب الوظيفي: وهي أكثر العوامل تسببا في حدوث ظاهرة الضغط النفسي نظرا لما يمثله العمل من أهمية في حياة الفرد. ويعد عجز الفرد عن التحكم في بيئة العمل من العوامل التي تسبب الشعور بالقلق والضغط النفسي.

2-1-3-4-أعراض الضغط النفسي

يتصف المضغوط نفسيا بمجموعة من الأمور يمكن إجمالها على النحو الآتي، وهذا ما بينه لازاروس وفولكمان سنة 2001، (Lazarus & Folkman, 2001):

- إجهاد واستنزاف بدني.
- الآم الرأس.
- اضطرابات معدية ومعوية.
- انخفاض الوزن.
- عدم النوم.

- ضعف وكآبة.
- ضيق التنفس.
- المزاج المتغير.
- التهيج المتزايد.
- فقدان الاهتمام بالناس.
- انخفاض القدرة على تحمل الفشل.
- الشعور بالعجز وفقدان السيطرة.

2-1-3-5-الضغط كعلاقة تفاعلية:

إن الضغوط يمكن أن تنشأ جراء العلاقة ما بين الفرد والبيئة، فالضغوط هي آثار لعمليات التقدير لدى الفرد، وتقييم ما إذا كانت مصادر الفرد كافية للوفاء بالمتطلبات المفروضة عليه من البيئة أم لا. ومن ثم فإن الضغوط تتحدد بمدى المواءمة بين الشخص والبيئة. فعندما تكون مصادر الفرد كافية ومناسبة للتعامل مع الموقف الصعب، فسوف يشعر بقليل من الضغوط. وعندما يدرك الفرد أن مصادره ربما لن تكون كايفة للتعامل مع الحدث أو الموقف إلا بشق الأنفس وبذل جهد كبير، فسوف يشعر بمقدار متوسط من الضغط، أما عندما يدرك الفرد أن مصادره لن تكون كافية لتلبية متطلبات البيئة فسوف يشعر بتعرضه لكم هائل من الضغوط. وبالتالي فإن الضغوط والمشقة تنتج عن عملية تقدير الأحداث (باعتبارها ضارة، أو مهددة، أو تمثل تحدياً) وفحص الاستجابات الممكنة والاستجابة لتلك الأحداث. (Lazarus & Folkman, 2001, p 191)

وخلاصة القول أن الضغوط والمشقة تعد حالة يدركها الكائن الذي يتعرض لأحداث أو ظروف معينة بأنها غير مريحة أو مزعجة أو على الأقل تحتاج إلى نوع من التكيف أو إعادة التكيف، وأن استمرارها قد يؤدي إلى آثار سلبية كالمرض والاضطراب وسوء التوافق.

وتود الباحثة أن تبين بأن المشقة والضغوط ليست مرادفة بالضرورة للقلق والتوتر النفسي أو العصبي، كما أن الضغوط ليست بالضرورة سلبية أو سيئة، فالضغوط المعتدلة لها دور مهم في تنشيط الكائن واستثارة دافعيته للإنجاز، ولذلك فإن انخفاض الضغوط أو المشقة أو ارتفاعها عن حدود معينة يكون له أضرار مؤكدة على الفرد.

2-1-3-6-خصائص الأحداث الضاغطة:

تُعدّ الأحداث في حد ذاتها ليست ضاغطة. وإنما يتوقف ما إذا كانت ضاغطة أم لا على كيفية إدراكها أو تقديرها أو تقييمها من جانب الفرد. وهناك عدد من المحددات التي تجعل الفرد يدرك الأحداث على أنها ضاغطة أو ليست كذلك، ومنها:

1- **الأحداث السلبية:** من المحتمل أن تؤدي الأحداث السلبية (مثل وفاة عزيز أو إصابة عمل أو توقيع جزاء في العمل) إلى الإحساس بالضغط أكثر من الأحداث الإيجابية مثل (الترقية في العمل، والسفر لأجل إنجاز مهمة للعمل)، وقد أظهرت الأحداث السلبية علاقة قوية مع كل من الكرب النفسي، والأعراض الجسمية عن الأحداث الصعبة. (McFarland et al, 1980)

2- **الأحداث غير القابلة للسيطرة أو التنبؤ:** يمكن النظر إلى الأحداث في ضوء مدى قابليتها للتحكم وإمكانية التنبؤ بحدوثها، فالوفاة معظم الأحيان لا يمكن التنبؤ بها ولا التحكم فيها.

والانفجارات التي تحدث لأسباب مختلفة، وأحداث أخرى كثيرة، أكثر إثارة للشعور بالضغط النفسي من الأحداث التي يمكن التنبؤ بها أو التحكم فيها، وخاصة تلك التي لها مقدمات كدخول الامتحانات والسفر. (Taylor , 1999, p 177)

3- **الأحداث الغامضة:** تشير الدراسات إلى أن الناس ينفرون من الغموض، ولا يستريحون للمواقف الرمادية، ولا يحبذون الأشياء التي تحتمل أكثر من تفسير وتأويل. ويأنسون إلى المواقف الواضحة، إذ أن الأحداث الغامضة تدرك عادة بأنها أكثر ضغطاً وإثارة للمشقة من الأحداث الواضحة.

4- **زيادة العبء:** يتعرض بعض الناس بفعل عوامل كثيرة مختلفة ومنها زيادة الأعباء الناجمة عن تعدد الأدوار، أو تعدد المسئوليات، ونمط الشخصية، إلى إحساس متزايد بالضغوط إذا ما قورنوا بالأشخاص الذين يؤدون عدداً من المهام الأقل، ولا يتحملون مسئوليات كبيرة ويزداد هذا الإحساس إذا كان الفرد مسؤولاً عن أناس آخرين (أي يتعامل مع البشر) Cohen & Williamson, 1991

5- **الخصائص والخصال الفسيولوجية:** إن هناك بعض الأفراد لديهم أنماط مميزة من الاستجابات الفسيولوجية التي تسمى " نشاط الاستجابة الفردية"، ووفقاً لهذه الخصائص فإن بعض الأفراد يستجيبون بشكل يعبر عن إحساس بالضغوط لأحداث معين وهو ما لا يحدث لدى أشخاص آخرين وقد تكون هذه الخصائص مسئولة عن وضع الأفراد في حالة استثارة دائمة مما يجعلهم أكثر توتراً وعصبية، وهو ما يعكس انخفاض قدرتهم على التعامل مع المواقف وإدراكها على أنها أكثر إثارة للضغوط. (Alloy et al.2007)

6- **الخصائص والخصال النفسية:** تلعب الخصال النفسية من ذكاء وقدرات عقلية، وأنماط شخصيةوخصال مزاجية، دوراً مهماً في شعور الفرد بالضغوط أو إفلاته من هذا الشعور، وكذلك تمكينه من مواجهة هذه الضغوط والمشقات والتعايش معها، ومن المعروف أن الأشخاص ذوي النمط أو الشخصية أكثر عرضة للإحساس بالضغوط نتيجة الدخول في أعمال تنافسية أو العمل تحت ضغط ومشقة الوقت، وعدم الركون إلى الراحة، أو المحافظة على الرياضة. كذلك فإن التصلب وعدم المرونة يمكن ان يكون إحدى الخصال النفسية التي تضع الفرد في مواقف ضاغطة نظراً لانخفاض قدرته على التعامل مع كثير من المواقف التي تستلزم بطبيعتها تغليب المرونة محلها أو تفادي تأثيراتها السلبية أو التقليل من أضرارها. ومن المتغيرات النفسية ذات الصلة بالمشقة النفسية مركز التحكم في التدعيم ومن المعروف أن مركز التحكم في التدعيم ينقسم إلى قسمين، فهناك أناس ذوو مركز داخلي، وآخرون ذوو تحكم خارجي، والنوع الأول هو الذي ينظر أصحابه إلى أن نتائج تصرفاتهم وأفعالهم ترجع إلى ذواتهم وقدراتهم، سواء كانت إيجابية أو سليبة، أما الخارجيون فهم الذين يعزون كل نتائج سلوكهم وتصرفاتهم سواء كانت إيجابية أو سلبية إلى عوامل خارجية مثل الحظ والصدفة وغيرها، وقد تبين من الدراسات أن ذوي التحكم الخارجي أكثر عرضة للضغط النفسي من غيرهم ممن يوصفون بأنهم ذوو تحكم داخلي (الطريري، 1994، ص 35).

7- **مجالات الحياة:** تنقسم مجالات الحياة إلى رئيسية أو مركزية يقوم فيها الفرد بأدوار مهمة لا غنى عنها، كدور الرجل كزوج (أو المرأة كزوجة) وكأب (أو أم) وكعامل أو موظف. هذه

المجالات الرئيسية تنطوي على احتمال التعرض لضغوط أكبر تتمثل بداية في أعباء الزواج، ثم أعباء تنشئة الأطفال وتعليمهم، والمسئولية عن صحتهم ورفاهيتهم.

وترى الباحثة بأن الأحداث في حد ذاتها ليست ضاغطة دائما أو لكل الأفراد، وإنما يتوقف ذلك على عدد من المحددات، بعضها يقع في الأحداث نفسها، والبعض الآخر يقع في الأفراد أنفسهم، والبعض الثالث في السياق الذي يحيط بكل من الأحداث والأفراد.

2-1-3-7-آثار الضغوط(انعكاساتها):

هناك الكثير من البحوث التي تركز على الضغوط على الصحة النفسية والجسمية، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر، من خلال التغيرات في فسيولوجية الجسم أو بشكل غير مباشر من خلال السلوكيات المرتبطة بالصحة.

وهناك آثار للضغوط بالطبع تكون ضارة، وتأخذ صورة جسدية أو نفسية تؤثر على نفسية الأشخاص، إلا انه قد يكون لها آثار مفيدة، فمن الخطأ الاعتقاد بأن المشقة ضارة دائماً، فقد يكون لها آثار إيجابية، ويدخل هنا دور الدافعية للإنجاز التي تمنح الفرد القوة والنشاط والقدرة على مواجهة التحديات والرغبة في التفوق في حدود الإمكانات والقدرات مع وضع الظروف المحيطة في الاعتبار، كما أن من شأن هذه المشقة الخفيفة أو المعتدلة وما تثيره من توتر صحي أن تحافظ على درجة معقولة ومناسبة من التيقظ والانتباه والمتابعة، ولا تعطل قدرة الإنسان على التفكير الواعي، ولا تؤثر على صحته البدنية ولا على صحته النفسية وتوافقه الانفعالي، ولا تربك علاقاته الاجتماعية أو تفسدها. فهذه الدرجة من المشقة أو الضغوط يطلق عليها التوتر الصحي، وهي مطلوبة في العمل وفي غيره من جوانب الحياة، وذلك حتى لا تفقد الحياة طعمها ومعناها وقيمتها. كما أن الإنسان يتعرض لضغوط شتى وبدرجات متفاوتة على أوقات أو فترات قد تطول أو قد تقصر، فإذا، كان الإنسان مدرباً على مواجهتها والتغلب عليها أو التعامل معها ولديه من أساليب وآليات التوافق والمواجهة المناسبة يمكنه أن يتغلب على هذه الصعاب(جمعة، 2004)

2-1-4- التكيف الاجتماعي:

يرجع مصطلح التكيف (Adjustment) في علم النفس إلى مفهوم التلاؤم (Adaptation) في نظرية النشوء والارتقاء لداروين(1859)، ووفقاً لداروين فإن الكائنات التي تبقى هي التي تكون اقدر على التلاؤم في مواجهة التغيرات الطبيعية، وهو ما عبر عنه بالانتخاب الطبيعي أو البقاء للأصلح (Lazarus & Folkman , 1984)، كما ويشير الدوين (2000) Aldwin إلى أن مصطلح التكيف مصطلح مركب، حيث يشمل عدة مفاهيم مثل السيطرة (Mastery)، والدفاع (Defense)، واستراتيجيات التدبر (Coping strategies)، كما أنه يميز بين التكيف واستراتيجيات الإدارة (Management Skills)، حيث يشير مفهوم استراتيجيات التكيف إلى خصائص طرق تعامل الفرد مع المشاكل التي يواجهها، في حين أن مفهوم مهارات الإدارة يشير إلى مهارة موقفية محددة يستخدمها الفرد لتجنب أو تدارك المشكلة، هذا ويميز لازاروس وفولكمان (1984) Lazarus & Folkman بين أسلوب التكيف وهو عبارة: عن نمط فطري من الاستجابة للإحباط وبين استراتيجيات التكيف وهي عبارة عن السلوكيات الفعلية المستخدمة للتكيف مع الإحباط وهي متعلمة وتختلف باختلاف الزمن.

ويعد لويس مورفي (Lois Morphy , 1962) من أوائل العلماء الذين استخدموا مفهوم التكيف في دراستهم، حيث استخدم بشكل واسع للإشارة إلى الأساليب التي يستخدمها الأطفال والبالغين في التعامل مع المواقف المهددة بهدف السيطرة عليها (Lazarus , 1966) .

ويعرفها روتر (1981) Rutter بأنها " عبارة عن المحاولات التي يبذلها الفرد لإزالة الإحباط أو الضغط النفسي، وابتكار أساليب جديدة مجدية في مواجهة مواقف الحياة ".

ويعرفها نيومان (1981) Newman بأنها "" الجهود التي يبذلها الفرد في محاولة منه لإزالة الإحباط وابتكار أساليب جديدة مجدية في مواجهة مواقف الحياة المختلفة "".

ويعرفها لازاروس وفلكمان (1984) Lazarus & Folkman بأنها "" عملية تغيير مستمرة للجهود المعرفية والسلوكية لضبط الظروف الداخلية والخارجية ،التي ينظر إليها الفرد كظروف محبطة"".

ويعرفها فلشمان (1984) Fleshman بأنها " عبارة عن السلوكيات الظاهرة أو الخفية التي يقوم بها الفرد للتقليل من الإحباط "

ويعرفها الهابط (2000) بأنها " سعي الفرد للتوفيق بين مطالبه وظروفه ومطالب وظروف البيئة المحيطة به، فالفرد كثيراً ما يجد نفسه في ظروف أو في بيئة لا تشبع كل مطالبه وحاجاته، بل قد تكون هذه الظروف أو البيئة مصدر اعاقة لإشباع حاجاته النفسية والاجتماعية ".

وبناءاً على ما سبق يمكننا تعريف أساليب التكيف لأغراض الدراسة بأنها " الأساليب التي يتبعها الفرد للتعامل مع الموقف المحبط ".

هذا ويحدد وايت (White, 1999) ثلاثة مطالب لعملية التكيف وهي:

1- فهم الموقف المحبط.

2- إدراك الانفعالات وكيفية التعبير عنها في المواقف المناسبة.

3- حفظ الإحساس بالتكامل الشخصي، وتحقيق الضبط الذاتي للبيئة.

وهناك أربعة عناصر ضرورية لنجاح أساليب التكيف (National Safety, Council 1995) هي:

1- زيادة الوعي بالمشكلة: تعني النظرة الواضحة والموضوعية لجميع جوانب الموقف المشكل.

2- عملية معالجة المعلومات: تتضمن جمعا للمعلومات وتقييمها، وتقييم الحلول المتوفرة للمشكلة.

3- تغيير السلوكيات: تتضمن الاختيار الشعوري للقيام بسلوكيات مصحوبة باتجاهات ايجابيات للتقليل من حدة الإحباط أو التخلص منه.

4- حل آمن: ويعني شعور الفرد بأن الموقف المحبط على وشك الانتهاء أو الحل.

كما يرى ميناغهان (Menaghan, 2002) أن هناك ثلاثة عوامل أو متغيرات يجب آخذها بعين الاعتبار عند النظر لأساليب التكيف وهي:

1- مصادر التكيف Coping Resources: وهي عبارة عن نظرة وتقدير الفرد لذاته وللعالم من حوله، وإحساس الفرد بالتماسك، وثقته بقدراته على السيطرة على المواقف التي يمر بها، وقدراته العقلية، ونجاح الفرد في إنشاء علاقات اجتماعية مع الآخرين.

2- جهود التكيف Coping Efforts: وهي ردود الفعل الداخلية والخارجية للفرد في محاولته التعامل مع الإحباط، كأساليب حل المشكلات، وطلب المساعدة من قبل الآخرين.

3- أساليب التكيف Coping styles

وهي تميز الفرد بنمط خاص به، مثل ميل الفرد للانسحاب من المواقف المحبطة أو مواجهتها بالعدوان المباشر.

ويفسر كل من لازاروس وديلونجس (Lazarus & Delongs, 1984) التكيف للإحباط في ضوء النظرية المعرفية، فعندما يواجه الفرد موقفاً محبطاً فانه:

1- يحاول تقديرها معرفياً بصورة اولية لتحديد معنى الموقف ودلالته.

2- ثم يقوم بعملية تقدير ثانية تتضمن تحضير استجابة معينة لتقدير ما يجب عمله حيال الموقف.

3- ممارسة استجابة المواجهة الفعلية للموقف المحبط.

وقد تحدث بلينج وموس (Billing & Moos, 1984) عن ثلاثة أساليب لمواجهة الإحباط وهي:

1- أساليب سلوكية نشطة، وتشمل السلوكيات الظاهرة التي تعكس محاولة الفرد التعامل المباشر مع المشكلة أو مصدر الإحباط.

2- أساليب معرفية، تتضمن ما يقوم به الفرد من مجهود عقلي لتقدير أبعاد مصادر الإحباط ودرجة خطورتها أو مدتها.

3-أساليب الإحجام أو الكف، تعكس محاولة الفرد تجنب المشكلة، وعدم التعامل المباشر مع مصادر الإحباط، وربما يحاول الفرد الحد من التأثير الانفعالي السيئ الناتج عن الإحباط بطريقة غير مباشرة.

ويقسم لازروس وفولكمان (Lazarus & Folkman ,1984) استراتيجيات التكيف إلى نوعين هما:

1- استراتيجيات مركزة على المشكلة Problem Focused Coping:

وهي الاستراتيجيات التي يتبعها الفرد، والتي تقوم على التقويم الايجابي للموقف، واستخدام مهارات التخطيط، والتقبل، وإعادة البناء أو التشكيل الايجابي للموقف، وهي غالباً ما ترتبط بنتائج ايجابية لدى الفرد.

2- استراتيجيات مركزة على الانفعال Emotion Focused Coping

وهي الاستراتيجيات التي يهدف من ورائها الفرد تقليل الآثار الانفعالية الناتجة عن الإحباط كالقلق والضيق، مثل البحث عن الدعم الاجتماعي، والتنفيس عن المشاعر.

ويشير فولكمان (Folkman, 1984) إلى أن الأفراد يستخدمون استراتيجيات التكيف بنوعيها (الاستراتيجيات المركزة على المشكلة والاستراتيجيات المركزة على الانفعال) في تكيفهم مع الموقف المحبطة، إلا أنهم يلجئون إلى إحداها بشكل أكبر من الأخرى حسب الموقف المحبط وتقييم الفرد لذلك الموقف، إذ أن الأفراد عموماً يميلون إلى استخدام استراتيجيات التكيف التي تركز على الانفعال إذا كانت المشكلة خارجة عن إطار سيطرته، ويميلون إلى استخدام استراتيجيات التكيف التي تركز على المشكلة عندما يعتقد الفرد بأنه قادر على عمل شيء ما تجاه الموقف المحبط وباستطاعته التحكم به والسيطرة عليه.

ويرى لونبرغ وزملاؤه (Lowenberge et..al ,2001) بأن أساليب التحكم أو إدارة الإحباط النفسية تقع في ثلاث فئات هي:

1- **تغيير مصدر الإحباط:**

أي عمل تغيير في الاتجاه الايجابي، كقيام العامل بأخذ اجازة من العمل، أو البحث عن الدعم الاجتماعي ، أو زيادة تأكيده لذاته.

2- **تجنب الإحباط:**

أي الابتعاد عن مصادر الإحباط، كقيام العامل بإعادة تنظيم برنامجه في العمل، أو تجنب العمل لساعات طويلة ومتأخرة.

3- **تقبل مصدر الإحباط:**

ويعني تطوير العامل قدراته في التعامل مع الإحباط، كالتمارين الرياضية والحمية، والاسترخاء العضلي، وإتباع أساليب إدارة الوقت..

والشخص الذي يصطدم بشكل متكرر بعائق يمنعه من تحقيق هدفه ويصاب بالإحباط قد يواجه هذا الإحباط (يتكيف معه) بطرق لا شعورية أو ما يسمى الحيل الدفاعية اللاشعورية، وهي كما عرضها الهابط (2002):

1- **العدوانية:** وهي أن يعوض الإنسان فشله بالعدوان على شخص أو شيء آخر، كالعامل المهمل الذي يحرم من المكافأة التشجيعية فينتقم من الآلة التي يعمل عليها ويخربها، أو يتلف شيئاً من محتويات المصنع الذي يعمل به، أو يعتدي على زملاءه، ذلك أنه لم يستطع أن يواجه مصدر إحباطه الذي حرمه من المكافأة التشجيعية – رئيسة في مكان العمل – فاتجه إلى غيره يصب عليه غضبه.

2- **الإسقاط:**وهي حيلة لا شعورية تتلخص في أن ينسب الشخص عيوبه ونقائصه وصفاته غير المستحبة إلى غيره من اناس أو أشياء أو الحظ، وذلك تخفيفاً من خجله وشعوره بعيوبه. فالخائن يتهم

غيره بالخيانة، والزوج الذي يكذب على زوجته يميل إلى اتهامها بالكذب، ويحقق الإسقاط لمن يلجأ إليه غرضين، فهو يخفف له مشاعره ودوافعه البغيضة، ويبعده عن رؤية نفسه كما هي في الواقع، والغرض الثاني انه يبعده عن نقد الناس واتهامهم له ويجعله هو الذي يبادر إلى لومهم واتهامهم.

3- **أحلام اليقظة:** وهي هروب الفرد من عالم الواقع الذي لم يتمكن فيه من إشباع رغباته وحاجاته إلى عالم الخيال الذي يستطيع فيه أن يحقق ما عجز عنه في الواقع، ولذا تسمى احلام اليقظة بالتعويض الوهمي. ويلجأ الفرد إلى احلام اليقظة اذا اصطدم مع الواقع، وهذا شيء طبيعي، بل شيء مفيد حيث يخفف من شعور الفرد بالإحباط، ومن توتره، ولكن اذا زاد لجوء الفرد إلى احلام اليقظة عن الحد المعقول وغالى في ذلك فإنه يؤدي إلى التباس الواقع بالخيال، والى تباعد الفرد عن واقعه وعن مواجهة الحقيقة، هذا بجانب استنزاف طاقاته.

4- **النكوص:** عملية شعورية يلجأ بها الفرد إلى مرحلة من مراحل نموه السابقة التي كان يشعر فيها بالأمن والاستقرار هرباً من واقع محيط مؤلم يعيش فيه، لذا نجد الشخص الذي يلجأ إلى النكوص يسلك سلوك المرحلة التي ارتد إليها. فإذا لجأ إلىطفولته الأولى سلك سلوكاً طفلياً كالصراخ وبالبكاء والتعلق بالأم مثل الفرد الذي يهرب من واقعه المؤلم بالنكوص إلى طفولته التي كان ينعم فيها بالسعادة والرعاية والأمن، فنجده إذا واجهته مشكلة قابلها بنفس الأسلوب الذي كان يواجهها بها في طفولته، إذ نجد سلوكه لا يتناسب مع مستوى نضجه، وهذا النكوص يتيح للفرد أن يتخلص مؤقتاً من توتره ومن معاناته بهذه الحيلة الهروبية التي تدل على تكيف غير سوي.

5- **التقمص:**ومعناه أن يهجر الإنسان شخصيته التي فشلت في تحقيق ما يصبو إليه من أهداف، وتقمص شخصية أخرى نجحت في تحقيق هذه الأهداف التي افتقدها هو، مثل التلميذ الفاشل الذي يتقمص شخصية معلمه.

6- **الكبت:** وهو حيلة لا شعورية يلجأ إليها الفرد للتخلص من الذكريات والتجارب والمخاوف المؤلمة التي تسبب له الضيق، وذلك بإكراهها على التراجع إلى منطقة اللاشعور؛ لتصبح نسياً منسيا وحتى يتخلص مما أصابه من الصراع.

7- **التكوين العكسي:**وهو أن يظهر الإنسان نفسه أمام الناس في صورة تخفي ما بداخله من دوافع بغيضة، أي أن يظهر الإنسان عكس ما يضمر في أعماق نفسه، مثل من يخفي في داخله القسوة ويظهر الرقة ومن يخفي في داخله الشر ويظهر التقوى.

هذا ويختلف الأفراد في كيفية الاستجابة، أو التكيف مع المواقف المحبطة، إذ يشير مولينس (Mullins,1996) إلى أن هناككثير من العوامل التي تلعب دوراً كبيراً في تحديد استجابة الفرد للإحباط مثل: مستوى قوة الحاجة أو أهمية الهدف بالنسبة للفرد، أو درجة تعلق الفرد بالهدف الذي يسعى إليه، وإدراك الفرد لطبيعة العائق الذي يحول بينه وبين الوصول للهدف، وسمات شخصية الفرد، وقوة الدافعية.

2-1-4-1-أساليب التكيف والصحة النفسية

تعتبر العلاقة بين أساليب التكيف والصحة النفسية علاقة مركبة، لاشتمالها على كثير من المتغيرات النفسية الأخرى، فحتى نقرر بأن أحد أساليب التكيف ذو تأثير إيجابي أو سلبي على صحة الأفراد النفسية، لابد من إجراء دراسات كثيرة، كما أن أحد الأفراد قد يستخدم أسلوب تكيف معين مما يؤدي إلى نتائج إيجابية فيما يتعلق بصحته النفسية، إلا أن نفس أسلوب التكيف قد يستخدمه فرد آخر في مواجهة نفس المشكلة ويؤدي إلى نتائج سلبية على صحته النفسية، إذ يشير الدون (2000 Aldwin,) إلى أن العلاقة بين أساليب التكيف والأعراض النفسية معقدة جداً وبحاجة إلى نظرية ذات توجه تفاعلي للتعامل معها (Transactional Approach) وذلك لعدة أسباب أولاً :أن هناك عوامل كثيرة غير أساليب التكيف تؤثر أو تعدل من تأثير الإحباط على الصحة النفسية، ثانياً: أن إجمالي أو مجموعة أساليب التكيف التي يستخدمها الفرد ربما تكون أكثر تنبؤاً بالصحة النفسية مقارنةً باستخدام أسلوب تكيف معين. ثالثاً: أن هناك خلط إحصائي بين الإحباط والجهد الذي يبذله الفرد لتكيف مع هذا الإحباط، وقد يؤدي الإخفاق في التعامل مع هذا الخلط إلى توهم وجود علاقة بين التكيف والشعور بالضيق (Distress)، رابعاً : أن هناك مشكلات مازالت غير محلولة بشأن اتجاه السببية، فالتكيف يرتبط مع الأعراض النفسية ولكنه من غير الواضح فيما إذا كان التكيف يسبب هذه الأعراض أو أن الأفراد المتوترين أو الذين يشعرون بالضيق يتكيفوا بشكل مختلف مع الإحباط مقارنةً بالأفراد غير المتوترين. خامساً: أن الباحثين يميلوا إلى قياس الأشكال المختلفة من الضيق الذي ينجم عن الإحباط ويهملوا قياس الضيق أو الأعراض النفسية التي تنجم عن استخدام أسلوب تكيف معين ، سادساً: هناك

فروق فردية في نوع أساليب تكيف الأفراد مع الإحباط ، وهذه الفروق ليست من الضرورة أن تكون ظاهرة على مقياس التكيف.

ويشير تيلور (Taylor , 1999) إلى عدم وجود أسلوب تكيف أكثر فاعلية من الأخر، فكل أسلوب من أساليب التكيف له إيجابيات وسلبيات تختلف باختلاف مصادر الإحباط وشخصية الفرد، إلا أن هناك دراسات نفسية تشير أو تدعم التأثير الإيجابي لأسلوب تكيف معين في مواجهة مصدر الإحباط من جهة وقي التقليل من الأعراض النفسية الناجمة عن هذا المصدر من جهة أخرى، فمثلاً دراسة أجراها كلاً من الدون ورفنينسون (Aldwin & Revenson , 1987) وجدا أن الإفراط في استخدام أسلوب التفاوض(Negotiation) كإستراتيجية للتكيف مع الإحباط تؤدي إلى التقليل من الأعراض النفسية فقط عندما يعتقد الأفراد الذين يستخدمونها بأنها فاعلة، في حين أن الأفراد الذين يسلكون سلوكيات قليلة أو يتبعون أساليب تكيف قليلة، لتكيف مع الإحباط والذين يعتقدون بأنهم لا يستطيعون التعامل مع الموقف المحبط بشكل حسن وفاعل، سوف يشعرون أو يصرحون بأعراض نفسية أكبر.كما أظهرت دراسة قام بها شنغ (Cheng , 2001) بأن الأفراد الذين يستخدمون أساليب تكيف مرتكزة حول حل المشكلة في مواجهة الإحباط يكونوا أكثر تكيفاً وأقل اضطراباً وانحرافاً عن الصحة النفسية مقارنةً بالأفراد الذين يستخدموا أساليب التكيف المرتكزة على الانفعال. ففي دراسة أخرى قام بإجرائها بيرلن وزملاؤه (Pearlin et..al , 1981) وجدوا بأن التكيف المرتكز على حل المشكلة يرتبط إيجابياً مع الشعور بالسيطرة، ويساعد في التقليل من احتمال رجوع أو تكرار الإحباط في المستقبل.

كما وأظهرت نتائج دراسة (علي، 2000) أهمية دور المساندة الاجتماعية من الأسرة والرفاق في تخفيف الآثار السلبية الناتجة عن أحداث الحياة المحبطة، كما أظهرت فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق الأكاديمي والتكيف النفسي لصالح الطلبة المقيمين مع أسرهم (دعم اجتماعي) مقارنةً بالطلبة المقيمين بعيداً عن أسرهم.

2-1-5- الأسرة والتكيف والتنشئة:

تعد الأسرة المؤسسة الاجتماعية الأولى المسؤولة عن التنشئة الاجتماعية والضبط الاجتماعي، فالأسرة اتحاد تلقائي يتم نتيجة الاستعداد والقدرة الكامنة في الطبيعة البشرية التي تنزع إلى الاجتماع. وهي ضرورة حتمية لبقاء البشرية، ودوام الوجود الاجتماعي (شناق 2001).

إن الأسرة هي الوحدة الأساسية في التنظيم الاجتماعي. فهي تنبعث من ظروف الحياة التلقائية للأوضاع الاجتماعية. ففيها نبدأ حياتنا الأولى، ونتعود عليها وهي مصدر الأخلاق، والدعامة الأولى لضبط السلوك، وهي ضرورة حتمية لبقاء الجنس البشري. كما تعد أساليب التنشئة من العوامل التي تؤثر في تكوين الاتجاهات عن طريق التعلم والتعليم تؤثر في تكوين شخصية الفرد وتميزه عن غيره من الأشخاص من خلال ما يكتسبه من اتجاهات وطنية.

فالأسرة تهتم بعملية التنشئة الاجتماعية والشخصية وتركز على الفرد من حيث تفكيره ومشاعره. وقد عرفت المجتمعات الإنسانية أشكالاً مختلفة للأسرة ويتحدد شكل الأسرة وفق مستوى تطور الحياة الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع. وتعد الأسرة الممتدة من أكثر أنواع الأسر شيوعاً في تاريخ المجتمعات الإنسانية وهي الوحدة الاجتماعية التي تشمل عدة أجيال في آن واحد تعيش تحت سقف واحد وتشمل الجد والجدة والأبناء والزوجات والأحفاد ويخضع جميع الأفراد لسلطة الرئيس الواحد ويسود هذا النوع من الأسر في المجتمع الزراعي الذي تكون فيه الأسرة وحدة اقتصادية متكاملة تحتاج إلى أيدٍ عاملة كثيرة للحصول على انتاج غذائي كافٍ لأفراد هذه الأسر، وحين دخلت المجتمعات إلى عصر الصناعة زادت الهجرة والتوطن حول المصانع، وغالباً ما كانت تتوطن حول المصانع أسر نووية يعتمد

اقتصادها على العمل في المصنع المجاور وازداد عدد الاسر النووية انتشاراً بفعل انتشار التعليم والتنمية الاقتصادية والاجتماعية (خمش، 1999).

وتؤدي الأسرة دورها كوسيط لنقل التراث الثقافي والاجتماعي للطفل في إطار ثلاث وظائف هي (شناق 2001) :

1- **الأنتقاء:** فالأسرة هي التي تنتقي ما تراه ضروريا ومهما من عناصر الواقع الثقافي للطفل.

2- **التفسير:** وهي التي تفسر وتوضح للطفل ما تنقله في إطار معاني ثقافية معينة تدرسها وتهتم بها وفقا لثقافة الأسرة.

3- **التقييم:** تقوم الأسرة بتقييم لما تنقله، وهذا يعتمد على وعي الأسرة وثقافتها وتفهمها لأدوارها.

وأشارت دراسة ساندرا (Sandra, 2001) التي تناولت فيها الأنماط الوالدية لتنشئة الأطفال إلى أن هذه الأنماط والأساليب تتفاوت من حيث درجة استخدام السلطة ومن حيث تأثيرها على شخصية الطفل. ومهما كانت الآراء متعددة فإن هذه الأنماط لا تعدو أن تكون أحد الأنماط التالية:

1- النمط التسلطي ويقابله النمط الديموقراطي:

ويتمثل النمط التسلطي في فرض الوالدين لرأيهما على الطفل دون الاهتمام برغباته وميوله، وإصرارهم على قيمة طاعة الوالدين وتفضيل العقوبة كوسيلة للتربية، ومقياس العقوبة لديهم هو كبح الإرادة الذاتية والتصرف وفقاً لتوجهات الوالدين.

وهذا النمط يحد من تحقيق الفرد لذاته فلا يمكنه من إشباع حاجاته كما يحبها بنفسه والذي يؤدي غالباً إلى تكوين شخصية خائفة من السلطة خجولة حساسة وتشعر بعدم الكفاءة وغير واثقة بنفسها أو بغيرها. وحين يكبر هذا الطفل يكون دائم الإهمال في عمله إلا في حال وجود السلطة أو

الرقابة. ومثل هذه الشخصية غالباً ما تتعدى على ممتلكات الغير، وفي المدرسة قد يقوم الطفل بتكسير الأدراج وإتلاف محتويات المدرسة ولا يواظب على الحضور إلا إذا كان هناك ضغطاً عليه.

ويقابل النمط التسلطي النمط الديمقراطي، وفي هذا النمط يميل الوالدين إلى تقبل سلوك الطفل و دوافعه بقدرٍ كبيرٍ من المرونة ويعطونه قدراً كبيراً من الجهد دون ممارسة الضغوط عليه، كذلك يتميز الوالدان بأنهم يوجهون نشاطات الطفل بصورة منطقية ويحترمون شخصيته وإرادته الذاتية، والوالدان في هذا النمط لا يرون في رعاية الطفل مهمة صعبة بل يقيمان علاقة انفعالية دافئة مع الطفل.

2-النمط التقبلي ويقابله نمط النبذ:

أما هذا النمط فهو يبدو فيما يظهره الوالدان من حب الأولاد من خلال معاملتهم لهم، وتقبل الطفل هو شرط ضروري لتنشئته تنشئة اجتماعية سليمة، والأطفال المقبولون من والديهم هم الأكثر تعاوناً واستقراراً وطمأنينة من الناحية الانفعالية.

وعكس ذلك هو شعور الطفل بعدم تقبل والديه له أي شعوره بالنبذ وهذا الشعور يحبط حاجة الطفل إلى الحب ويزيد من مقاومته لمثل قواعد المجتمع الذي يعيش فيه وبناءً على ذلك فإن النبذ من جانب الوالدين كثيراً ما يؤدي إلىأن يصبح سلوك الطفل عدوانياً ومضاداً للمجتمع. بالإضافة إلى ذلك فإن شعور الطفل بالنبذ من قبل الوالدين يهدد مشاعر الأمن السوية ويستحث مشاعر العجز والإحباط والتي يمكن أن تعيق الطفل في تفاعله مع الحياة، وقد يكون الرفض على شكل لا مبالاة وعدم اهتمام بالطفل ولا يكون الرفض مباشراً .

3-نمط الحماية الزائدة ويقابله نمط الإهمال:

قد تعمد بعض الأسر إلى ممارسة هذا الأسلوب المتمثل في مغالاة الوالدين في حماية الأولاد والتدخل في شؤونهم لدرجة القيام نيابة عنهم بالواجبات التي يمكنهم القيام بها والتي يجب تدريبه عليها إذا أردنا أن يكون له شخصية استقلالية، وهنا يعتمد الوالدان هذا الأسلوب إلى عدم إعطاء الفرصة للطفل للتصرف في كثير من الأمور مثل طريقة اختياره لملابسه والأطعمة التي يفضلها أو الدفاع عن نفسه إذا ما اعتدى عليه زميل له في المدرسة.

ويشير ليفي (Lavy,1965) أن الأطفال الذين يعاملون من قبل أمهاتهم بحماية زائدة يتسم سلوكهم بالعصيان والغضب وكثرة المطالب والسيطرة على الأطفال الآخرين وصعوبة تكوين صداقات والمعاناة من العزلة، أما الأطفال الذين يعاملون معاملة تتسم بالتسلط فإنهم أكثر طاعة وإذعاناً .

2-1-5-1-مفهوم الأسرة:

تباينت تعريفات الأسرة ولعل من أهمها التعريف الذي قدمه بوجاردس BOGARDUS 1950 والذي عرف الأسرة بأنها جماعة اجتماعية تتكون من الأب والأم وواحد أو أكثر من الأبناء، يتبادلون الحب ويتقاسمون المسئولية وتقوم الأسرة هذه بتربية ألأطفال حتى تمكنهم من القيام بواجباتهم وضبطهم ليصبحوا أشخاصا يتصرفون بطريقة اجتماعية.

وتعرف الأسرة بأنها منظمة دائمة نسبيا مكونة من زوج وزوجة وأطفال أو بدونهم، ويرى أن العلاقات الجنسية والوالدية هي المبرر الأساسي لوجود الأسرة وأنها من مميزات الأسرة في كافة المستويات الثقافية.

كما أنها " جماعة دائمة مرتبطة عن طريق علاقات جنسية بصورة تمكن من إنجاب الأطفال ورعايتهم " وقد تكون في الأسرة علاقات أو أخرى، وتقوم على معيشة الزوجين معا ويكونان مع أطفالهما وحدة مميزة. (بيومي، 2003: 24)

كما تعرف الأسرة بأنها النظام الأنساني الأول، ومن أهم وظائفها إنجاب الأطفال والمحافظة على النوع الأنساني، كما أن النظم الأخرى لها أصولها في الحياة الأسرية أن أنماط السلوك الأجتماعي والأقتصادي والضبط الأجتماعي والتربية والترفية والدين نمت أول الأمر داخل الأسرة.

- وتعرف الأسرة من الناحية الأحصائية بأنها مجموعة من الأفراد اللذين يكونون مع بعضهم وحدة اقتصادية ويقيمون معا تحت سقف واحد. (شناق، 2001).

- وتعرف الأسرة الإنسانية على أنها جماعة اجتماعية بيولوجية نظامية تتكون من رجل وامرأة (تقوم بينهما رابطة زواجية مقرة) وأبنائهما (شناق، 2001)

كما يبين الدكتور (الدقس، 2005) أن "الأسرة يمكن ان تطلق لفظة الأسرة هي رابطة تقوم على الزواج الذي يقره المجتمع وتكوين عائلة مكونة من الأب والأم والأبناء وبالمفهوم الاجتماعي هي رابطة اجتماعية تتكون من الزوج والزوجة والأبناء وقد تظم إليهم بعض الأقارب.

وترى الباحثة بأن الأسرة مكون اساسي للمجتمع، ومكونة من الأب والأم والأبناء، ويجب أن يتعايشوا في جو يملئه الود والألفة.

2-1-5-2-النسق الأسري:

يلعب النسق الأسرّي دوراً كبير في عملّية الضبط الاجتماعّي وتوجيه سلوك الأفراد مما جعل هذا النسق يحضى باهتمام بالغ من جميع المختصين؛ لأنَّ صلاح المجتمع واستقامته يرتبط ارتبطاً وثيقاً بمخرجاته.

حيث تقوم الأسرة بعملّية التنشئة والتعليم والتوجيه مما ينعكس على سلوك الأفراد وممارستهم من خلال الدور الذي يقوم به النسق الأسري والمتمثل في حفظ النوع الإنسانّي، بالإضافة إلى توجيه سلوك أبنائها حيث تعتبر الخلّية الأولى التي ينشأ فيها الطفل ويتعلم فيها لغته وتؤثر في تكوينه الجسمّي والنفسّي والاجتماعّي والعقائدي، وتتجسد هذه الحقيقة في قول الرسول صلى الله عليه وسلم (كلّ مولود يولد على الفطرة فأبواه يهودانه أو ينصرانه أو يمجسانه) [أخرجه البخاري في كتابه (الجنائز)].

وقد جاءت تشريعات الإسلام كلهّا؛ لبناء الأسرة ولتنظيمها وحمايتها من التفكك، ومن ذلك حسن اختيار الزوجة وكذلك الزوج و أحكام النكاح والطلاق وحقوق الزوجين تجاه بعضهما البعض وتجاه أبنائهما، وحقوق الآباء والأمهات على الأبناء، وكلّ ذلك يدلُّ على المكانة التي أولاها الإسلام للأسرة؛ لأنها مكان نشوء الأجيال، وعلى قدر ما تكون الأسرة يكون مستقبل الأمة.

ولا شك أنَّ تربّية الأبناء التربّية الإيمانّية الصالحة تنعكس بالضرورة على بناء وثقافة المجتمع، حيث أّنه يتكون من مجموعة من الأفراد والأسر، فحيثما كانت الأسرة منتجة لأفراد صالحين ملتزمين بقيم ومفاهيم المجتمع كان المجتمع أكثر استقراراً وأمنا بأذن الله سبحانه وتعالى. (الشيباني، 1982)

وينطلق الاستقرار المجتمعّي من بناء الأسرة فإذا كانت الأسرة التي تربي فيه الإنسان قائمة على مبادئ سلوكّية سليمة كانت عملّية التعلم والاكتساب عملّية سليمة أيضاً وبقدر ما تكون تلك المبادئ فاسدة بقدر ما تنعكس صورتها على تصرف الإنسان وسلوكه، كما أّنه بحسب ما تتمتع به الأسرة من تماسك وترابط وسلامة، أو بحسب ما تعانيه من تصدع وتفكك وخلافا ت تكون شخصّية الطفل متأرجحة بين وضع الاتزان في الحالة الأولى، والاختلال في الحالة الثانية.

2-1-6-دور الأسرة في التنشئة:

ومن هذا المنطلق يبرز دور الأسرة في عملّية التنشئة ذات الأنواع المتعددة التي تحصن الأفراد ضد الممارسات السلوكّية المنحرفة والجريمة ويمكن تحديد أنواع التنشئة التي تقوم بها الأسرة على النحو الآتي (إبراهيم، 1998):

1- التنشئة الدينيــة:

ويقصد بالتنشئة الدينّية تلك الممارسات السلوكّية وعمليات الإدراك المتعددة التي تحمى الفرد وتزكي النفس، وذلك من خلال ما جاء في القرآن والسنة النبويـّـة من حكم ومواعظ وأوامر ونواه حيث ينبغي على الأسر تقوّية الوازع الديني لدى أفرادها وتعميق معنى العبادات وتأثيرها في حياة الفرد ليس باعتبارها علاقة خاصة بين الفرد وربّه فقط ولكّنها عبادات تترك آثارها في سلوك الفرد فيتحلى بالأخلاق والقيم ويتخلى عن ارتكاب المعاصي وينئ بنفسه بعيدا عن مواطن الزلل وبؤر الفساد التي تقوده للجريمة والانحراف.

2- التنشئة الاجتماعّيــة:

لا أحد يجهل الدور المهم الذي يمكن أنْ تقوم بـه الأسرة فـي عملّية التنشئة الاجتماعّية وتوجيـه سلوك أفرادها وتتجلى أهمّية الدور الذي تقوم به الأسرة في علمّية التنشئة الا جتماعّية في جانبين هما:

الأول: الجانب الوقائي و يعني الدور الذي تقوم به الأسرة في سبيل تحصين أفرادها ضد جميع المـؤثرات الضـارة و السـلّبية فـي المجتمـع، سـواء كانـت صـحيـّة أو فكرّيـة أو اجتماعّيـة فـي المراحـل المختلفـة مـن أعمـارهم. وهـذا الجانـب يلعـب دور أساسياً علـى مستوى رفض السلوك الإجرامـي(رفض الإرادة الإجرامية).

الثانـي: الجانـب العلاجّي وهـو عملّية لاحقـه فـي حالـة وجـود خللفـي العمليـّـة الوقائّيـة السـابقة حيث تقوم الأسرة بمتابعة سلوكيات أفرادها بصفة مستمرة وتلمس أماكن الخلل والمسارعة في معالجتها قبـل أن تتـرجم إلـى أفعـال ضـارة بـالفرد والأسـرة والمجتمـع. وهـذا يقـع علـى مسـتوى مكافحـة السـلوك الإجرامي (المكافحة على مستوى تقزيم الفرصة والمقدرة).

3- التنشئة الأخلاقيــة:

ويعنـي هذا النوع من التنشئة غرس القيم والمعايير الأخلاقّية وتوضيح فائدتها لهم فـي حياتهم الا جتماعّية فالصدق والأمانة والوفاء بالوعد والشرف والكرامة وحسن السلوك جميعها قيم خفّية لا تظهر إلا فـي تعامـل الأفـراد وتفـاعلهم مـع بعضـهم الـبعض، ولأنَّ الأفـراد يعيشـون أولا فـي إطـار أسـرة فهـم يتعلمـون منهـا ويتشـربون المعـايير الأخلاقّيـة مـن خـلال القـول المـدعوم بالفعـل والـذي يلاحظونـه فـي التعامل والعلاقـات داخـل الأسـرة مـن جهـة وعلاقـة وتصـرفات الأسـرة فـي المجتمـع الخـارجّي مـن جهـة أخرى.

4-التنشئة الثقافّيـة:

وتعنى التهذيب وتنّمية المعارف وتوسيع المدارك التي يفترض أنْ تقوم بها الأسرة من خلال تن ّمية معارف الأبناء بالخبرات البشّرية السابقة والحاضرة وتعريفهم ببعض المواقف وكيفّية التصرف فيها بما في ذلك من قضايا ومشكلات وخلافات فهذا يكسب الفرد الاتزان والقدرة على التصرف في الكثير من المواقف وتحكيم العقل على الفعل.

2-1-7-دور الأسرة في تحسين سلوك أبنائها:

الأسرة هي المجتمع الأنساني الأول الذي يمارس فيه الطفل أولى العلاقات الأنسانية ولذلك فهي المسئولة عن اكتسابه للأنماط السلوكية الأجتماعية، وكثير من التوافق أو سوء التوافق الأجتماعي يرجع إلى نوع العلاقات الأنسانية داخل الأسرة، حيث تتوافر الخبرات الأولى في حياة الطفل والتي يكتسبها إما عن طريق التعلم المباشر من والديه وأفراد أسرته أو تأثرا ومحاكاة بالتعلم غير المباشر حيث يستقي هؤلاء ثقافاتهم واتجاهاتهم ومعتقداتهم وأنماط سلوكهم من خلال مواقف حياتهم اليومية،

وتبدأ استجابات الطفل للمؤثرات والمواقف الأسرية منذ مرحلة المهد حيث يبدأ فهم لغة الإشارة وقراءة تعابير الوجه وانعكاس انفعالات من يحيطون به ويستجيب لها بالرضى أو الرفض.

وتسطيع الأسرة – الواعية لدورها – ومنذ المرحلة المبكرة من عمر الطفل تعديل سلوكه وربط تلبية حاجاته بمواعيد محددة وتعويده عليها، ويكتسب الطفل لغة التخاطب وبتعلمها يسهل عليه عملية التواصل مع الآخرين والتعبير بها عن حاجاته وانفعالاته، كما يتشرب الدلالات الاجتماعية لتلك اللغة فيتعلم أساليب الشكر والثناء، وأساليب التهكم والإستهجان؛. وإن ضعف أو قوة اللغة يعود إلى المستوى الثقافي والأجتماعي لوضع الأسرة.

كما يتشرب الطفل من الأسرة القيم الدينية والخلقية التي تشكل معايير الخلق المقبول والمرفوض في المجتمع وذلك لحاجته للإستحسان والتقبل، ولخوفه من العقاب والنبذ.

والأسرة تؤدي دورها في تحسين سلوك أبنائها يبينها (شناق، 2001: 22) من خلال:

4- **الأنتقاء:** فالأسرة هي التي تنتقي ما تراه ضروريا ومهما من عناصر الواقع الثقافي للطفل.

5- **التفسير:** وهي التي تفسر وتوضح للطفل ما تنقله في إطار معاني ثقافية معينة تدرسها وتهتم بها وفقا لثقافة الأسرة.

6- **التقييم:** فبجانب عملية النقل التي تقوم بها الأسرة فهي تقوم أيضا بتقييم لما تنقله. وهذا يعتمد على وعي الأسرة وثقافتها وتفهمها لأدوارها.

2-2- الدراسات السابقــة:

تم تقسيم الدراسات السابقة إلى عربّية وأخرى أجنبية؛ مرتبة ترتيباً تنازلياً، وهي على النحو الآتي:

أولاً : الدراسات العربيـــــة:

1. دراسة المطيري (2006) بعنوان " **مصادر الضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد بمدينة الرياض في المملكة العربية السعودية وعلاقتها ببعض المتغيرات**"، هدفت إلى تقصي مصادر الضغط النفسي التي تواجه أمهات الأطفال الذين يعانون التوحد بمدينة الرياض وعلاقة هذه الضغوط بمتغيرات متعدده أبرزها، المستوى التعليمي للأم وعمر الأم، وعدد أفراد الأسرة، ودخل الأسرة. وقد تكون مجتمع الدراسة من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في مدينة الرياض الملتحقون بمراكز التربية الخاصة التابعة للقطاع الخاص والقطاع الحكومي، شملت عينة الدراسة (95) سيدة تتراوح أعمار أطفالهن مابين 6 و14 سنة، وتم استخدام مقياس هولورويد (Holoroyd) لمعرفة الضغوط الأسرية. توصلت الدراسة إلى أن أبرز مصادر الضغط النفسي لدى الأمهات هي العناية المؤسسية، التفكك العائلي، الإفتقار إلى المكافأه الشخصية خلال فترة الحياة. وقد بينت الدراسه وجود اختلاف بين الأمهات في مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير العمر، المستوى التعليمي، الدخل، عدد أفراد الأسرة.
2. دراسة صديق (2005)، بعنوان " **اختبار فاعلّية برنامج لتطوير مهارات التواصل غير اللفظي لدى عّينة من الأطفال بمدينة الّرياض**"، التي هدفت إلى اختبار فاعلّية برنامج لتطوير مهارات التواصل غير اللفظي لدى عّينة من الأطفال بمدينة الّرياض، كذلك هذه الدراسة إلى التعرف على

مدى سلوكهم الإجتماعي، هذا وتكونت عينة الدراسة من (38) طفلاً مصابين باضطراب التوحد، تباينت أعمارهم ما بين (4 –6) سنوات، هذا وتم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى تجريبّية تكّونت من (18) طفلاً و(5) إناث، والمجمعة الثانية ضابطة تألفت من (20) طفلاً منهم (5) إناث، و(15) ذكور. ولتحقيق أهداف الّدراسة قامت الباحثة بتطوير قائمة لتقدير مهارات التّواصل غير اللفظي، التي تمثّلت في الإنتباه المشترك، والتواصل البصري، والتقليد، والإستماع، والفهم والإشارة إلى ما هو مرغوب فيه، وفهم تعبيرات الوجه وتمييزها، ونبرات الصّوت الدالّة عليها، هذا وقد وقامت الباحثة ببناء قائمة تمثل تقدير السلوك الإجتماعي، كما قامت باقتراح برنامج لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي، هذا وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات كان من أبرزها لا توجد فروق فيما يخص فاعلية برنامج لأجل تطوير مهارات التواصل غير اللفظي تبعاً لمتغير الجنس.

3. دراسة الشيخ (2004)، بعنوان " **برنامج تدريبي لتنمية مهارات الأطفال التوّحديين التواصلّية والإجتماعّية والإستقلالّية الذاتّية وقياس فاعلّيته** " ، هذه الدراسة هدفت إلى تصميم والتعرف على برنامج تدريبي لتنمية مهارات الأطفال التوّحديين التواصلّية والإجتماعّية والإستقلالّية الذاتّية وقياس فاعلّيته، إذ اشتقّ البرنامج التدريبي من البرامج التربوية العالمّية، هذا وتكون من مجالات ثلاث ألا وهي: اختيار البيئة الصفّية وتنظيمها، والتدريب والمحتوى التعليمي، وتنظيم الجداول والإستراتيجّيات التعليمّية، وخطوات الحصّة التعليمّية، والإرشادات التعليمّية. هذا ووصل عدد أفراد الدراسة إلى (4) من الأطفال المصابين باضطراب التوحد، هذا وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أبرزها تطور فيما يخص بمهارات التواصل وكذلك

المهارات الإجتماعّية والإستقلالّية الذاتّية وكذلك الحساب والقراءة، هذا وقلت السلوكّيات المتلعقة بعدم التكيف فيما يخص الأطفال الأربع.

4. أجرت بخش (2002) دراسة بعنوان " **الضغوط الأسرية لدى امهات الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتها بالاحتياجات والمساندة الاجتماعية**"، هدفت التعرف إلى مستويات الضغوط الأسرية التي تعاني منها الأمهات الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتهم بالاحتياجات الأسرية والتكيف الاجتماعي كوسيلة لخفض حدة تلك الضغوط. هذا وشملت العينة (100) والدة للأطفال الذين يعانون من إعاقات عقلية في مدينة من المدن السعودية (جدة) والمنتسبين لمراكز الإنماء الفكري، هذا وتراوحت أعمار الأمهات بما يقارب (24) و (45) سنة، أما فيما يخص بأعمار الأطفال فترواحت أعمارهم ما بين (6) و(14) سنة. كما وتم إستخدام مقياس الضغوط لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً ، وكذلك تم استخدام مقياس احتياجات أولياء أمور الأطفال المعاقين عقلياً ، وكذلك تم استخدام مقياس يعرف بمسمى المساندة الاجتماعية. هذا وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أبرزها وجود علاقة أرتباطية فيما يخص الضغوط والاحتياجات الأسرية عند عزل المساندة الاجتماعية وبين الاحتياجات الأسرية وكذلك والمساندة الاجتماعية عند عزل الضغوط، إلا أنهُ لا توجد علاقة ارتباطيه فيما يخص الضغوط والمساندة الاجتماعية عندما يتم استبعاد الاحتياجات الأسرية.

5. أجرت النجداوي (1995) دراسة بعنوان " **الخصائص السلوكية واللغوية والأكاديمية ما بين الطلبة العاديين وما بين الطلبة ذوي صعوبات التعلم** " ، هدفت إلى إيجاد مقارنة فيما يخص الخصائص السلوكية واللغوية والأكاديمية ما بين الطلبة العاديين وكذلك ما بين الطلبة ذوي

صعوبات التعلم، كما هدفت الدراسة إلى التعرف فيما إذا كانت هناك فروق فيما يخص متغيري جنس الطالب وعمره، هذه الدراسة شملت مجموعة من المجالات تمثلت في (الانتباه، وكذلك اضطرابات الإدراك، وكذلك واضطرابات الذاكرة، وكذلك التآزر الحركي البصري، أيضاً صعوبات القراءة والتحصيل الدراسي في المواد الأساسية، هذا وشملت الدراسة (200) طالباً وطالبة في مدينة عمان تباينت أعمارهم ما بين (8 و 13) سنة، هذا وتم تقسيم العينة إلى 100 طالب لا يعانون من أي اضطراب، و(100) طالب يعانون صعوبات تعلم، وشكلت الإناث ما يقرب نصف العينة بالمجمل، هذا توم استخدام اختبار القدرات اللغوية، إذ تكون من (9) اختبارات فرعية هذا وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أبرزها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أداء الطلبة الذين لا يعانون من أي مشاكل، وكذلك الطلبة ذوي صعوبات التعلم، كما بينت الدراسة بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية فيما يخص نوع الطلبة والجنس والعمر.

ثانياً: الدراسات الأجنبّية:

1. قام ليبي (Lippe, 2012) بإجراء دراسة بعنوان " **التوازن ما بين ضغوط العمل والحياة العائلية للرجال والنساء في البلدان الأوروبية**"، هدفت الدراسة للتعرف إلى مدى قدرة النساء والرجال في دول الأوروبية على الموازنة ما بين ضغوط العمل والحياة العائلية، وقد تم الاعتماد على ثمان دول من الاتحاد الأوروبي شملت السويد وهولندا والمملكة المتحدة وسلوفينيا والمجر وجمهورية التشيك ورومانيا وبلغاريا، وقد اعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي لأجل تحقيق أهداف الدراسة، كما اعتمدت على معادلة الانحدار بشقيها (المتعدد والبسيط) من أجل اختبار فرضيات

الدراسة، وكانت أبرز نتائج الدراسة ان السبب الرئيسي في زيادة الضغوط في العمل هو ساعات العمل الطويلة التي يقضيها العاملون الأوروبيون في العمل؛ كما أن النساء تتحمل أكثر من ذلك فهي مطالبة بالإنجاب ورعاية الأطفال، وأبرز ما أوصت به الدراسة ضرورة تخفيض ساعات العمل لأجل التخفيف من ضغوطاتها.

2. أجرى سيلان و آرال (2007) دراسة بعنوان " **الاكتئاب ومستويات اليأس لدى أمهات الأطفال المعاقين** " ، اختبرت الأرتباط بين الاكتئاب ومستويات اليأس لدى أمهات الأطفال المعاقين الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و7 سنوات تكونت العينة من (126) أم واستخدم في هذه الدراسة مقياس بيك لتقدير الأكتئاب واليأس ونموذج المعلومات العامة. توصلت الدراسه إلى وجود أرتباط ذو دلالة بين الاكتئاب واليأس لدى أمهات الأطفال المعاقين.

3. كما أجرى كل من باركاسيني وبيلياسكيتي(Barkauskiene & Bieliauskiaite, 2002) دراسة بعنوان " **المشكلات السلوكية والعاطفية**" ، لمعرفة المشكلات السلوكية والعاطفية لدى الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم مقارنة بالأطفال العاديين، تكونت عينة الدراسة من (67) من أولياء أمور الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم و(60) من أولياء أمور الطلبة الذين لا يعانون من صعوبات التعلم من خلال ملأ أستبانات تخص هذه الدراسة من إعداد الباحث، وقد تبين أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون داخلياً من آلام جسدية ومن حالة انعزالية والاكتئاب بالإضافة إلى أنهم يبدون قلقين، أما خارجياً فيبدو عليهم العدائية بالإضافة إلى فرط الحكة والدخول في المشكلات الاجتماعية.

4. كما أجرى كل منريبكا وفيويل (Rebecca & Barbara (2002 دراسة بعنوان "**أسلوب تفاعل الأم مع طفلها ودوره في المساهمة في اللغة الاستقبالية لديه**"، هدفت إلى بحث أسلوب تفاعل الأم مع طفلها ودوره في القدرة الكلامية والاستقبالية لأطفالهن الذين يتصفون بتأخر لغوي وتحديد هذه العوامل أو الأساليب، ثم تطبيق هذه الدراسة على عينة مكونة من (543) طفلاً ممن لديهم تأخر لغوي خاصة في اللغة الاستقبالية من أعمار (30) شهراً وقد استخدم الباحثان أشرطة تسجل أنماط تفاعل الأمهات مع أطفالهن في مواقف اللعب الحر، واستخدم الباحثان مجموعة من المقاييس لقياس مستوى النمو اللغوي للأطفال مثل مقياس المفردات اللغوية المصورة وتحليل أشرطة الفيديو التي سجلت أنماط تفاعل وأنماط الأم مع طفلها ومقاييس تقدير سلوك الأم وتفاعلها ومقياس وكسلر للأطفال. وبعد تحليل أنماط تفاعل الأمهات مع أطفالهن وتطبيق المقاييس السابقة الذكر وجد أن أطفال الأمهات الذين كان لديهم عاملي الاستجابة لأطفالهن المتأخرين لغوياً وعامل التوجيه اللغوي السليم أظهروا فروقاً ذات دلالة إحصائية إيجابية لصالح أطفالهن عن الأمهات الأخريات اللواتي لم يتواجد عندهم عوامل الاهتمام والتوجيه والتعزيز لأطفالهن المتأخرين لغوياً، كما وجد أن الأطفال في المجموعة الأولى تحسنت قدرتهم على الاستقبال والكلام والقراءة في المراحل العمرية.

5. كما أجرى كل من جيرولاميتو ولويغي (Girolametto & Luigi , 2001) دراسة بعنوان "**تاريخ الأطفال الذين لديهم صعوبات في اللغة التعبيرية**"، هدفت إلى فحص القدرات التعبيرية لمجموعة من الأطفال من أعمار خمس سنوات والذين تم تشخيصهم بأنهم متأخرون لغوياً، حيث تم تعريف التأخر اللغوي بوصفه وجود قدرة على التعبير اللغوي بنسبة 5% أو أقل،

واشترك في هذه الدراسة (21) طفلاً تم وصفهم بأنهم متأخرون في الكلاموكانوا جميعاً ما دون سن الخامسة، وتم استخدام مجموعة من الأدوات الخاصة بهم، مثل مقياس القدرة على التعبير اللغوي ومن خلال مهام تُعطى لهؤلاء الأطفال تتطلب منهم التعبير اللغوي من مثل تحديد الكلمات وإكمال العبارات والاتصال والإسهام في أنشطة تتطلب التفاعل اللغوي. واستندت هذه الدراسة على فكرة إشراك الوالدين (الآباء والأمهات) في البرامج اللغوية والتدخل اللغوي المبكر والذي يهدف إلى تعليم الآباء والأمهات أساليب التفاعل والتواصل مع أبنائهم ذوي التأخر اللغوي وأنماط السلوك والأنشطة التعزيزية التي تعزز النمو اللغوي لدى أبنائهم، وأشارت نتائج هذه الدراسة أن غالبية الأطفال الذين يعانون من صعوبات في اللغة التعبيرية والذين أشركوا في برامج التدخل اللغوي المبكر حققوا نتائج إيجابية في المعدل الطبيعي في القدرة التعبيرية عند بلوغ سن المدرسة.

6. كما أجرى كل من ايمي ونان (Aimee and Nan , 2000) دراسة بعنوان "**تطوير بنية المقاطع اللغوية للأطفال الذين يعانون من صعوبات في اللغة التعبيرية** "، هدفت التعرف إلى تطوير بنية المقاطع اللغوية للأطفال الذين يعانون من صعوبات في اللغة التعبيرية حيث طبقت هذه الدراسة على [35]طفلاً منهم [20]طفلاً يعانون من صعوبات محددة في اللغة التعبيرية و [15] طفل طبيعي "عاديون" ممن تراوحت أعمارهم ما بين [24 و36] شهراً واستخدم الباحثان أسلوب تسجيل العينات الصوتية العفوية لهؤلاء الأطفال لمدة [10] دقائق في مواقف طبيعية أثناء تواجدهم مع أمهاتهم أو أثناء انشغالهم باللعب كما روعي في التسجيل أن يكون صوتياً ومرئياً حيث طلب من الأم التصرف بعفوية وكالمعتاد مع طفلها. وبعد تحليل هذه

التسجيلات، أشارت النتائج إلى أن هناك فروق ذات دلالة لصالح العاديين في المقاطع اللغوية الممثلة في نطقهم لنسبة أكبر من الألفاظ والمقاطع الصوتية الساكنة والمتحركة مقارنة مع الأطفال ذوي صعوبات اللغة التعبيرية. كما أشارت الدراسة إلى الفجوة في هذه الفروق ما بين العاديين في تطورهم اللغوي وذوي صعوبات اللغة التعبيرية تزداد بتقدم العمر والنضج العقلي والفسيولوجي.

7. قام جوهاستون وكاثرين وجوني (Johnston ,Catherine ,Joanne , 2002)، دراسة بعنوان " **إستراتيجيّة التدخّل المبكّر لتعليم أطفال التوّحد في مرحلة ما قبل المدرسة** " ، إذ استخدموا في الدراسة إسـ تراتيجّية التدخّل المبكّر لتعليم أطفال التوّحد في مرحلة ما قبل المدرسة، على استخدام نظام تواصل بصري، وأثره على التفاعل الإجتماعي، وقد تألّفت عّينة الدراسة من (3) أطفال توّحديين في مرحلة ما قبل المدرسة. وتوصّلت الدراسة إلى فعالّية استخدام نظام الـتواصل البصري في تنمية قدرة أطفال التوّحد عّينة الدراسة على التفاعل الإجتماعي.

8. قام الباحثان ارنولد وراندي (Arnold and Randy ,2000)، بدراسة بعنوان " **السلوك الطبيعي في التحديق بالعين لدى عّينة من أطفال التوّحد** " ، هدفت إلى التعرّف إلى السلوك الطبيعي في التحديق بالعين لدى عّينة من أطفال التوّحد، ولاحظ الباحثان أفراد العّينة عن طريق التصوير بالفيديو ضمن مجموعة اللّعب الصغيرة ، و تكّونت عّينة الدراسة من (31) طفلاً من بينهم (13) ذكراً و(18) أنثى. وتوصّلت الدراسة إلى أنّ سلوك التحديق بالعين كان منخفضاً نسبّياً مع سلوك الإنتباه المشترك، ولا يرجع ذلك إلى عامل العمر. كما أنّ سلوك

التحديق بالعين كان أقلّ أهمّية في التفاعلات الإجتماعّية مقارنة بتفاعلات شخص بالغ مع طفل أو شخص بالغ، أّما سلوكي الإنتباه والإندماج الفّعال فقد كانت هناك علامة ايجابّية بينهما وبين النشاط الممارس والعمر.

9. وأجرى كلّ من لويشي وهيفن (Laushey and Hefin,2000) دراسة بعنوان " **فاعلّية الزملاء في زيادة المهارات الإجتماعّية عند طفلين ملتحقين في صفي الّروضة** " ، هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلّية الزملاء في زيادة المهارات الإجتماعّية عند طفلين ملتحقين في صفي الّروضة، اعتماداً على فلسفة الّدمج، واستخدمت الدراسة منهج بحث الحالة الواحدة بإتباع التصميم العكسي (ABAB)، وبينت الدراسة بأن الطلبة المندمجين والمتفاعلين مع زملائهم مهاراتهم الاجتماعية أفضل من غيرهم البعيدين عن ذلك.

10. كما أجرى سكوتلاند (Scotland,2000) دراسة بعنوان " **أثر التدخّل المبكّر في تحسين مهارات التواصل في مرحلة ما قبل اللّغة وخفض بعض أنماط السلوك الإجتماعي غير المناسبة كالإثارة الذاتّية لدى عّينة من أطفال التوّحد غير الناطقين** " ، بدراسة هدفت إلى معرفة أثر التدخّل المبكّر في تحسين مهارات التواصل في مرحلة ما قبل اللّغة وخفض بعض أنماط السلوك الإجتماعي غير المناسبة كالإثارة الذاتّية لدى عّينة من أطفال التوّحد غير الناطقين، الذين بلغ عددهم (87)طفلاً مّمن هم أقل من (10) سنوات، وذلك عن طريق استخدام أسلوب التقييم، والتركيب، والتدخّل المبكّر، والتدخّل المكثّف. وقد تّم بناء أداة لتقييم التحّسن الذي يحرزه الأطفال في قدرتهم على التواصل بمتابعة ادائهم على أنشطة البرنامج التي تضّمنت مواقف الحياة اليومّية للتواصل، كالتواصل الجسدي، والتعاون، واللّعب،

والاستماع، والإستيعاب اللفظي. وقد تّم تطبيق الدراسة وفقاً لمنهج الدراسة الواحدة من (20) معالج، حيث أسفرت النتائج عن أهمّية التدخّل المبكّر في تطوير مهارات التواصل ما قبل اللّغة، إضافة إلى تحسّن قدرة الأطفال على التواصل بأنشطة الحياة اليومّية. وتوصّلت الدراسة إلى وجود فروق دالّـة إحصائّياً عند مستوى دلالة (0.05) في مهارات التواصل غير اللفظي وفي السلوك الإجتماعي لصالح المجموعة التجريبّية بعد تطبيق البرنامج،وأشارت النتائج إلى حدوث فروق ذات دلالة إحصائّية في مهارات التفاعل الإجتماعي المناسب، وإلى حدوث تعميم في هذه المهارات عند أحد الطّفلين في الصف الدراسي.

11. قام نوريس وداتيلو (Norris and Dattilo,1999)، بإجراء دراسة بعنوان " **فعالّية برنامج القصص الإجتماعّية على السلوكّيات والتفاعلات الإجتماعّية** " ، هدفت الدراسة التعّرف إلى مدى فعالّية برنامج ا لقصص الإجتماعّية على السلوكّيات والتفاعلات الإجتماعّية، لطفلة في الثامنة من عمرها تعاني من التوّحد،وتحضر بانتظام في الصف الثّاني الإبتدائي، وأوضحت النتائج حدوث نقص في معدل التفاعلات الإجتماعية غير الملائمة التي تصدر منها خلال تناول الغداء، وذلك بنسبة تصل إلى (5%) تقريباً مقارنة بما كان الأمر عليه في بداية البرنامج.

12. أما بافنجتون (Buffington,1998) فقد قام بإجراء دراسة بعنوان " **فعالّية البرنامج التدريبي لتنمية مهارات التواصل التي تعتمد على الإيماءات والإشارات إضافة إلى التواصل الشفهي**"، هدفت التعّرف إلى مدى فعالّية البرنامج التدريبي لتنمية مهارات التواصل التي تعتمد على الإيماءات والإشارات إضافة إلى التواصل الشفهي، باستخدام بعض استراتيجّيات تعديل السلوك

مثل التلقين والتعزيز. وقد تكّونت عّينة الدراسة من (4) أطفال توّحديين تراوحت أعمارهم ما بين (4 و 6) سنوات، وقد تّم تدريبهم على مهارات التواصل بالترتيب (استخدام الإيماءات، فالإشارات، فالتواصل الشفهي) وذلك بثلاثة أنواع من الإستجابات المتمثّلة في: توجيه الإنتباه، والسلوك الوجداني، والسلوك الوصفي. وقد توصّلت نتائج الدراسة إلى فعالّية البرنامج حيث اكتسب الأطفال التوحدّيون أفراد عّينة الدراسة مهارات التواصل المطلوب.

13. أما الدراسة التي أجراها كرانت وماك كلانهان (Krant , and Mcclannahan1998) بعنوان " **فعالّية زيادة التفاعلات الإجتماعّية التي تتضمن إشارات موقفّية في جدول النشاط المصّور** " ، هدفت الدراسة إلى التعرف إلى مدى فعالّية زيادة التفاعلات الإجتماعّية التي تتضمن إشارات موقفّية في جدول النشاط المصّور، وذلك لثلاثة أولاد توّحديين تتراوح أعمارهم بين 4 و5 سنوات، وبعد تعلّم كيفّية استخدام تلك الصّور، ازداد التدقيق في اختيار الألفاظ وازدادت التفاعلات الإجتماعّية التي لم يتضمنها الموقف، وهو ما يعدّ نتيجة للتعميم، وبعد الإستبعاد التدريجي لتلك الصور استمّرت التفاعلات الإجتماعّية، وتّم تعميمها على الأنشطة الأخرى.

14. كذلك أجرى رودزيجو،مورغن وجفكين (1995) دراسة بعنوان " **الوظائف النفسية لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد** " ، هدفت إلى معرفة الوظائف النفسية لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد وتكونت العينة من (60) أم مقسمة إلى (20)أم لطفل يعاني من التوحد و(20)أم لطفل يعاني من متلازمة داون و(20)أم لطفل كان نموه بشكل طبيعي حيث تمت المقارنة بينهن، وقد تبينت النتائج أن أمهات أطفال التوحد كن أقل كفاءه ورضا

زواجي، والقدرة على التكيف العائلي مع أمهات المجموعتين الأخرتين. وأظهرت أن أمهات أطفال التوحد وأمهات الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون أكثر معاناة في الرعاية، وكن أكثر استخداماً للوم الذات كوسيلة للتكيف مقارنه بأمهات الأطفال الطبيعيين.

15. وفيما يخص دراسة بول (Ball ,1996) والتي هي بعنوان " **المهارات الإجتماعّية والأكاديمّية للأطفال التوحديين وتدريبهم على التفاعل الاجتماعي مع أقرانهم الذين يعانون من مشكلات أخرى غير التوّحد** " ، فقد كان الهدف منها تعليم عدد من الأطفال التوّحديين على المهارات الإجتماعّية والأكاديمّية بغرض تدريبهم على التفاعل الاجتماعي مع أقرانهم الذين يعانون من مشكلات أخرى غير التوّحد، وقد تكّونت عّينة الدراسة من (8) أطفال توّحديين، و (8) أطفال عاديين تراوحت أعمارهم ما بين 4 و 8 سنوات، حيث تّم تدريبهم جميعاً على المهارات الأكاديمّية داخل الفصل في إطار المنهج التربوي العادي مع إدخال بعض التعديلات عليه حتى يتناسب مع الأهداف الخاصّة بالبرنامج، في حين تّم تدريبهم على المهارات الإجتماعية (مهارات التحديق بالعين، ومهارات اللّعب الرمزي، وأخذ الدور، والإستجابات اللّفظّية) خارج الفصل في وقت اللّعب، أّما التفاعل مع الأقران فقد تّم تدريبهم علية في أوقات أخرى تّم تخصيصها ضمن البرنامج التدريبي. وتوصّلت هذه الدراسة إلى حدوث تحّسن لدى الغالبّية العظمى من أفراد العّينة، حيث حدث تحّسن ملحوظ لدى (7) من الأطفال التوّحديين في التواصل بالعين، ومهارات اللّعب الرمزي، وأخذ الدور، والاستجابات اللفظّية، أّما أطفال المجموعة الثانية وهم الأقران النمطيين فقد حدث تحّسن من جانبهم في المهارات الأكاديمّية، واللغة التعبيرّية، وتقدير الذّات.وقد دلّت النتائج إجمالاً على حدوث تحّسن في التفاعلات

الاجتماعية لهؤلاء الأطفال، كما اتّضح أنّ اتّخاذ الأقران كنماذج يعدّ وسيلةً ناجحةً بدرجةٍ كبيرةٍ في تحسين مهاراتهم الاجتماعية وتفاعلاتهم الاجتماعية.

16. كما قام كلّ من كوجل وفريا(Koegel & Frea ,1993) بإجراء دراسة بعنوان "**اختبار فعالّية البرنامج العلاجي في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي غير اللفظي لدى طفلين توحّديين** " ، باختبار فعالّية البرنامج العلاجي في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي غير اللفظي لدى طفلين توحّديين، أحدهما "اندري " ويبلغ من العمر (3) سنوات، ويعاني من أشكال السلوك النمطي وحدّة الصّوت والتعبيرات غير الملائمة في الوجه، والثاني " تشيرز" وعمره (6) سنوات ويظهر أنماط سلوك عدم التواصل بالعين، وأشكال سلوك نمطي. وقد ركّز الباحثان في دراستهما على متغّيرات التواصل الاجتماعي المتمثّلة في تعبيرات الوجه، ونظرات العيون، وشدّة الصّوت، واستمرارّية الحديث، وبعض الطّرق المصاحبة للسلوك كالترديد وتنفيذ حركات أطراف الجسم بطريقة معّينة، وتّم تنفيذ البرنامج في مواقف تواصلّية طبيعّية في المطعم والحديقة بتقديم طفل عادي على أنه صديق يرغب في الحديث معهما لمدّة خمس دقائق. وقد أظهرت الدراسة حدوث تحسن واضح في أنماط السلوك المستهدفة، وتغّيرات ايجابّية في أنماط السلوك التي لم تستهدف،وأظهرت النتائج تحسّناً ملحوظاً في التفاعل مع الأقران والاندماج الاجتماعي والنمّو الاجتماعي لدى الطّفلين.

17. وأخيراً أجرى كريدون (Creedon ,1993) دراسة بعنوان " **تدريب مجموعة من الأطفال ممن يعانون من اضطراب التوحّد على برنامج للتواصل** " ، هدفت إلى تدريب مجموعة من الأطفال ممن يعانون من اضطراب التوحّد على برنامج للتواصل، وذلك بغرض تنمية بعض

مهاراتهم الاجتماعية (التحديق بالعين، والتقليد، والتعاون، والمشاركة)، والتخلّص من بعض أنماط السلوك غير المناسب كإيذاء الذّات. وتكّونت عّينة الدراسة من (21) طفلاً من أطفال التوّحد تراوحت أعمارهم ما بين (4 و9) سنوات، وقد استخدمت الباحثة في برنامجها التدريبي المتضّمن أنشطة متنوعة حركّية، وفنّية، واجتماعّية، على بعض تقنيات العلاج السلوكي المتمثّلة في التعزيز المادّي واللفظي، والاقتصاد المادي، والتقّبل الاجتماعي، وقد توصّلت نتائج الدراسة إلى تحسّن في المهارات الاجتماعية لأطفال التوّحد أفراد عّينة الدراسة، حيث استطاع الأطفال بعد الانتهاء من البرنامج التدريبي التفاعل مع بعضهم بعضاً من خلال مهارة المساعدة، وزاد نشاطهم الاجتماعي، وبالتالي نقص في سلوك إيذاء الذّات.

2-2-1-ما يميز الدراسة عن غيرها:

قامت الباحثة بالاطلاع على الدراسات ذات الصلة بموضوع الدراسة، وكانت هذه الخطوة الأولى في التعرف إلى ما توصل إليه الباحثون في هذا المجال، كما بنت الباحثة على هذه النتائج التي توصل إليها الباحثون وتعرف على أساسيات ومبادئ جديدة، كما قامت الباحثة بالاستعانة ببعض من هذه الدراسات في تطوير استبانة دراستها، كما وتتميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة بما يلي:

- انها ستكشف اتجاهات عدد من الأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن .
- تتميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة أنها دراسة وصفية تحليلية، إذ ستقوم الباحثة بتطوير أداة قياس متمثلة في (الاستبانة) إذ تم توزيعها على عينة متمثلة في مجموعة من الأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن .

- تُعدَّ هذه الدراسة من الدراسات الوحيدة التي تبحث حول " التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن "، إذ أن هناك ندرة في الدراسات التي تبحث في ذلك.
- تتميز هذه الدراسة عن سابقاتها من خلال مجتمعها وعينتها فهي تختص بعدد من الأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن في العاصمة الأردنية عمّان.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

3-1-مقدمـة:

3-2-منهج الدراسة:

3-3-مجتمع الدراسة والعينـة:

3-4-وصف خصائص عينة الدراسـة:

3-5-أداة جمع البيانـــات:

3-6-صدق أداة الدراسة:

3-7-ثبات أداة الدراسـة:

3-8- إجراءات الدراسة

3-9-المعالجة الإحصائية:

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل عرضاً للطرق والإجراءات التي استخدمتها الباحثة في الدراسة من حيث منهجية الدراسة ومجتمع الدراسة والعينة وكيفية اختيارها، وأدوات الدراسة المستخدمة في جمع البيانات، وتوضيح الأساليب الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات واستخراج النتائج.

3-1-منهج الدراسة:

تم في هذه الدراسة استخدام منهج المسح الاجتماعي بالعينة، والذي يعمل على وصف الظاهرة الاجتماعية المدروسة وتحليلها وتفسيرها وصولا إلى نتائج أكثر دقة وشمولية.

3-2-مجتمع الدراسة والعينة:

تألف مجتمع الدراسة من جميع الأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن ، والذي بلغ عددهم (800)(أسرة)، ونظراً لصعوبة الوصول إلى مجتمع الدراسة بأسره، قامت الباحثة بأخذ عينة عشوائية مكونة من (160) من الأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن ، إلا أنه تم استبعاد (12) استبانة لعدم ملائمتها لإجراءات التحليل الإحصائي، وبهذا تكون (148) استبانة ملائمة لإجراءات التحليل الإحصائي؛ هذا واستخدام نظام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية(الإصدار التاسع عشر)(Statistical Package for Social Sciences –SPSS,ver19)، وذلك لأجل الوصول إلى غايات وأهداف هذه الدراسة.

3-3-وصف خصائص عينة الدراسة:

تم اختيار مجموعة من العوامل الديموغرافّية التي تتعلق بالأمور الشخصّية والوظيفّية (Factual Data) من أجل بيان بعض الحقائق المتعلقة بعينة الدراسة، وتبين النتائج المشار إليها في الجداول التالّية خصائص أفراد عينة الدراسة من حيث (النوع الاجتماعي، المستوى التعليمي، مستوى الدخل السنوي... الخ).

3-3-1-النوع الاجتماعي (الجندر):

الجدول (3-1): التكرارات والنسب المئوّية لمتغير " النوع الاجتماعي (الجندر)

النوع الاجتماعي (الجندر)	العدد	النسبة المئوية
ذكور	49	%33.1
إناث	99	%66.9
المجموع	**148**	**%100.0**

تظهر بيانات الجدول (3-1) أن النسبة الأعلى هي للإناث، إذ بلغ عددهن (99)، شكلوا ما نسبته (66.9%)، من عينة الدراسة، أما بالنسبة للذكور، فبلغت نسبتهم (33.1%)، والشكل (3-1) يبين خصائص عينة الدراسة فيما يخص (الجندر) النوع الاجتماعي.

3-3-2- المستوى التعليمي:

الجدول (3-2): التكرارات والنسب المئوّية لمتغير (المستوى التعليمي)

المستوى التعليمي	العدد	النسبة المئوية
شهادة الثانوية عامة	34	% 23.0
دبلوم متوسط	18	% 12.2
بكالوريوس	60	% 40.5
دبلوم عالي	14	% 9.5
ماجستير	17	% 11.5
دكتوراه	5	% 3.4
المجمـوع	**148**	**%100.0**

تظهر بيانات الجدول (3-2) أن نسبة الأشخاص الحاصلين على الشهادة الجامعية الأولى هي الأعلى إذ بلغت نسبتهم (40.5%)، وبالنسبة لأدنى نسبة هي لحملة الدكتوراه، إذ بلغت نسبتهم (3.4%).

"

3-3-3- مستوى الدخل السنوي:

الجدول (3-3): التكرارات والنسب المئوّية لمتغير (مستوى الدخل السنوي)

مستوى الدخل السنوي	العدد	النسبة المئوية
منخفض	53	%35.8
متوسط	67	% 45.3
مرتفع (عالٍ)	28	% 18.9
المجمـوع	**148**	**%100.0**

من خلال الجدول (3-3) يتكشف لنا بأن النسبة الأعلى هم من ذوي الدخل المتوسط، إذ بلغت نسبتهم (45.3%)، وبالنسبة لذوي الدخل المنخفض فبلغت نسبتهم (35.8%)، ونسبة(18.9%) لذوي الدخول المرتفعة إذ بلغت نسبتهم (18.9%).

3-3-4-الحالة الزواجية:

الجدول (3-4): التكرارات والنسب المئوّية لمتغير (الحالة الزواجية)

الحالة الزواجية	العدد	النسبة المئوية
أعزب	31	% 20.9
متزوج	109	% 73.6
مطلق	8	% 5.4
أرمل	-	-
المجمـوع	**148**	**%100.0**

من خلال الجدول (3-4) يتبين لنا بأن النسبة الأعلى هي للمتزوجين، إذ بلغت نسبتهم (73.6%)، وبالنسبة للغير متزوجين فبلغت نسبتهم (20.9%)، أما نسبة (5.4%) فهي للمطلقين.

3-3-5- العلاقة بالطفل:

الجدول (3-5): التكرارات والنسب المئوّية لمتغير " العلاقة بالطفل "

العلاقة بالطفل	العدد	النسبة المئوية
الأب	53	% 35.8
زوج الأم	8	%5.4
الأم	55	%37.2
زوجة الأب	3	%2.0
الحاضنة	3	%2.0
مقدم رعاية	26	%17.6
المجموع	**148**	**%100.0**

تظهر بيانات الجدول (3−5) أن نسبة االأعلى هي لمن لديهم علاقة بالأم إذ بلغت نسبتهم(37.2%) يليهم من لهم علاقة بالأب، فبلغت نسبتهم (35.8%)، ومن ثم مقدمي الرعاية بلغت نسبتهم(17.6%)، ومن ثم زوج الأم فبلغت نسبتهم(5.4%)، ومن ثم زوجة الأب والحاضنة على التوالي، إذ بلغت نسبة كل فئة (2.0%).

3−3−6− جنس طفلك:

الجدول (3−6): التكرارات والنسب المئويّة لمتغير (جنس طفلك)

جنس طفلك	العدد	النسبة المئوية
ذكر	102	% 68.9
أنثى	46	% 31.1
المجموع	**148**	**%100.0**

تظهر بيانات الجدول (3−6) أن النسبة الأعظم هي للذكور فبلغت نسبتهم (68.9%)، يليهم بطبيعة الحال الإناث، ونسبتهن بلغت (31.1%).

3−3−7−مساهمة المستوى المعيشي للأسرة في تكيفهم مع أطفالهم ومع الغربة؟

الجدول (3−7): التكرارات والنسب المئويّة لمتغير
(مساهمة المستوى المعيشي للأسرة في تكيفهم مع أطفالهم ومع الغربة)

الفئة	العدد	النسبة المئوية
نعم	105	% 70.9
لا	43	% 29.1
المجموع	**148**	**%100.0**

تظهر بيانات الجدول (3-7) أن نسبة المجيبين بالإيجاب بلغت (70.9%)، و(29.1%) للمجيبين بالنفي

3-3-8-وفقاً لرأي الشخصي، هل نجحت مراكز العلاج والتدريب في الأردن في تحسين المستوى السلوكي والذهني لأطفال التوحد؟

الجدول (3-8): التكرارات والنسب المئويّة لمتغير
(هل نجحت مراكز العلاج والتدريب في الأردن في تحسين المستوى السلوكي والذهني لأطفال التوحد؟)

الفئة	العدد	النسبة المئوية
نعم	115	% 77.7
لا	33	% 22.3
المجمـوع	**148**	**%100.0**

تظهر بيانات الجدول (3-8) أن النسبة المجيبين بالإيجاب بلغت (77.7%)، و(22.3%) للمجيبين بالنفي.

3-4-أداة الدراسـة:

استخدمت الدراسة نوعين من البيانات:

أ) **البيانات الأولية:** تم جمع البيانات الضرورية المتعلقة باختبار الفرضيات والتحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة من خلال استبانة (تم تطويرها بناءاً على دراسة (Jennifer ,2011)، وكذلك بناء على (Abidin, 2000)، وكذلك دراسة (Alvord & Grados, 2005)، وكذلك دراسة (Walsh, 2003) وهي مكونة من جزأين. اشتمل الجزء الأول على بيانات تتعلق بالمعلومات الديموغرافية المتمثلة بـ(الجندر (النوع الاجتماعي)،مستوى الدخل السنوي، الحالة الزواجية، ما هي علاقتك بالطفل،ما هو جنس طفلك). أما الجزء الثاني وحسب ما هو مشار إليه في الجدول (3-9)، فاشتمل على مجموعة من المحاور وتمثلت في (مؤشر الدعم الاجتماعي للأسرة،مقياس تقييم وتكيف الأسرة، مؤشر إجهاد (الأب والأم) نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد)، صممت بناءاً على مقياس ليكرت (Likert Scale) الخماسي حيث حددت خيارات الإجابة بخمسة مستويات وهي: بدرجة كبيرة جداً (5 درجات)، بدرجة كبيرة (4 درجات)، بدرجة متوسطة (3 درجات) بدرجة قليلة(درجتين) وبدرجة قليلة جداً (درجة واحدة). وقد بلغ المجموع الكلي لفقرات هذه المحاور (61) فقرة. وقد روعي عند تصميم الاستبانة وضوح الأسئلة وتسلسلها وعدم وجود صعوبات أثناء التعبئة، لذلك تم اعتماد الاستمارة كأداة صالحة للدراسة؛ و الملحق (3) يبين أداة الدراسة بصيغتها النهائية بفقراتها الـ (61).

ب) **البيانات الثانوية:** تم جمع البيانات المتعلقة بموضوع الدراسة (الإطار النظري) من خلال الرجوع إلى الكتب العلمية والدراسات والأبحاث السابقة والدراسات الأجنبية.

الجدول (3-9): عدد وأرقام الفقرات التي تقيس محاور الدراسة

محاور الدراسة	عدد الفقرات	أرقام الفقرات
المحور الأول: مؤشر الدعم الاجتماعي للأسرة	8	1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8
المحور الثاني: مقياس تقييم وتكيف الأسرة	32	9، 10، 11، 21، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31، 32، 33، 34، 35، 36، 37، 38، 39، 40
المحور الثالث: مؤشر إجهاد (الأب والأم) نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد	21	41، 42ــــ 43، 44، 45، 46، 47، 48، 49، 50، 51، 52، 53، 54، 55، 56، 57، 58، 59، 60، 61
مجالات الدراسة ككل	**61**	

3-5-صدق أداة الدراسة:

تم عرض الاستبانه على المشرف الرئيسي للدراسة؛ كما وتم عرض الاستبانه على مجموعة من المحكمين المتخصصين في الجامعات الأردنية، وذلك لإبداء الرأي فيها، والملحق (2) يبين استبانة الدراسة بصيغتها الأولية، وفي ضوء الاقتراحات والملاحظات التي أبداها المحكمون أُجريت التعديلات التي أشاروا إليها، هذا وكان عدد فقرات الاستبانة (84) فقرة وقد تم الأخذ بملاحظاتهم من تعديل لصياغة بعض الفقرات وحذف الأخرى، وبهذا أضمحل عدد فقرات الاستبانة بصيغتها النهائية ليصل إلى (61) بعد إجراء التعديلات المطلوبة، والملحق (3) يبين استبانة الدراسة بصيغتها النهائية، كما يبين الملحق (1) يبين أسماء محكمي الاستبانة.

3-6-ثبات أداة الدراسة:

تم التحقق من ثبات الاستقرار والتجانس الخاصة بأداة الدراسة، من خلال استخدام معادلة معامل ارتباط (بيرسون) (Correlation Pearson) لحساب ثبات الاستقرار، كما تم استخدام معادلة (كرونباخ-ألفا) (Cronbach's alpha) لحساب ثبات التجانس. والجدول (3-10) يوضح ذلك:

جدول (3-10)

معاملات ثبات الاستقرار والتجانس لأداة الدراسة ومجالاتها

الرقم	المجالات	ثبات الاستقرار	ثبات التجانس	عدد الفقرات
1	المحور الأول: مؤشر الدعم الاجتماعي للأسرة	0.81	0.92	8
2	المحور الثاني: مقياس تقييم وتكيف الأسرة	0.77	0.90	32
3	المحور الثالث: مؤشر إجهاد (الأب والأم) نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد	0.89	0.81	21
الكلي		**0.8233**	**0.8766**	**61**

يلاحظ من الجدول (3-10) أن معاملات ثبات الاستقرار والتجانس الخاصة بأداة الدراسة ومجالاتها تعتبر مؤشرات كافية لأغراض اعتماد أداة الدراسة في تطبيقها النهائي، كما ورد في الدراسات السابقة كمعيار للثبات، هذا وقد بين (Miller, 1998) بأنه إذا كان معامل الثبات أكثر من (60%) فإنه يعتبر معامل ثبات عالٍ، وبناء على ذلك تعتبر معاملات الثبات هذه الدراسة عالية.

3-7- إجراءات الدراسة:

1- قامت الباحثة بالحصول على الموافقة اللازمة لإجراء الدراسة في مراكز علاج وتدريب التوحديين في الأردن.

2- تحديد مجتمع الدراسة من الأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن .

3- إعداد أداة الدراسة بصورتها الأولية بهدف معرفة " التكّيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن ".

4- استخراج دلالات صدق أدوات الدراسة.

5- تطبيق الأداة على عينة استطلاعية.

6- قامت الباحثة بتوزيع استبانات أداة الدراسة شخصياً على أفراد مجتمع الدراسة المتمثلة (لدى الأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن)، وتم التباحث معهم حول أسلوب تنفيذها من خلال توضيح التعليمات لهم شفوياً إضافة إلى التعليمات المكتوبة على الاستبانة، وذلك بأن يقوم المشارك في الاستبانة بوضع إشارة (√) في المكان المناسب.

7- تمت مراجعة وتدقيق البيانات وترميزها لتسهيل عملية التحليل وتفريغها على جهاز الحاسوب وقد تم تحليل البيانات باستخدام نظام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (الإصدار التاسع عشر)(Statistical Package for Social Sciences –SPSS,ver19).

8-عرض النتائج ومناقشتها، والخروج بالتوصيات في ضوء نتائج هذه الدراسة.

9-الملحق (4) يبين مخرجات التحليل الإحصائي.

3-8-المعالجة الإحصائية:

تـــم اســـتخدام برنـــامج الحزمـــة الإحصـــائية للعلـــوم الاجتماعيـــة (الإصـــدار التاســـع عشر)(Statistical Package for Social Sciences –SPSS.ver19) في إجراء هذه التحليلات والاختبارات الإحصائية، ولغايات تحقيق أغراض الدراسة، فقد تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

3-8-1- الإحصـاء الوصـفي (Descriptive statistics): وذلـك لعرض خصـائص أفراد العينـة ووصف إجاباتهم، من خلال استخدام ما يلي:

3-8-1-1- النسبة المئوية: تم استخدامها لقياس التوزيعات التكرارية النسبية لخصائص أفراد العينة وإجاباتهم على عبارات الاستبانة. (وهي طريقة لتعبير عن عدد على شكل كسر من (100)مقامه يساوي (100))

3-8-1-2- الوسـط الحسـابي: تم استخدامه كـأبرز مقـاييس النزعـة المركزيـة لقيـاس متوسط إجابـات المبحـوثين علـى أسـئلة الاسـتبانة. (وهـي مـن مقـاييس النزعـة المركزيـة ويمكـن مـن خلالهـا تقـدير أوزان الفقـرات والحكـم عليهـا (بمرتفـع، متوسـط، ضـعيف، ويمكـن تعريفـه رياضـياً بأنـه مجمـوع القيـام علـى عددها).

3-8-1-3- الانحـراف المعيـاري: تم استخدامه كأحد مقـاييس التشـتت لقيـاس الانحـراف فـي إجابـات أفراد العينـة عـن وسـطها الحسـابي. (وهـو أحـد مقـاييس التشـتت كمـا أنـه هـو الجـذر التربيعـي للوسـط الحسابي لمربعات انحرافات القراءات عن وسطها الحسابي).

3-8-2-الإحصاء التحليلي(Analytical statistics):

3-8-2-1- معامل ارتباط (بيرسون) (Correlation Pearson) لحساب ثبات الاستقرار بين مجالات الدراسة.

3-8-2-2-معادلة (كرونباخ- ألفا) (**Cronbach's alpha**) لحساب ثبات التجانس.

3-8-2-3-أسلوب تحليل التباين الأحادي (**One-Way ANOVA**): حيث تم استخدامه لاختبار الفروق الإحصائية بين متوسطات فئات المتغيرات (Categorical Variables) لأكثر من فئتين، وهذه المتغيرات في الدراسة تتمثل في الآتي: (الجندر (النوع الاجتماعي)،مستوى الدخل السنوي، الحالة الزواجية، ما هي علاقتك بالطفل،ما هو جنس طفلك).

3-8-2-4-ومن أجل تحديد دلالة الفروق الإحصائية فقد تم استخدام اختبار شافيه (Schaffe) للمقارنات البعدية.

3-8-3- مستوى الدلالة (α)(α) Significance level): تم اعتماد (0.05) كحد أعلى لمستوى الدلالة المعنوية وعليه إذا كان مستوى الدلالة (0.05) فأقل فإنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية، أما إذا بلغ مستوى الدلالة أكبر من (0.05) فانه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية.

الفصل الرابع
عرض البيانات وتحليلها

4-1-عرض بيانات الدراسة:

4-2-مناقشة نتائج الدراســــــة:

الفصل الرابع
عرض البيانات وتحليلها

4-1- عرض بيانات الدراسة:

يتناول هذا الفصل عرضاً للنتائج التي تم التوصل إليها من خلال تحليل البيانات الإحصائيّة التي تم جمعها من الاستبانة التي وجهت لذوي الأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن ، وقد تم الاعتماد على مقياس "ليكرت" الخماسي، إذ تضمنت الاستبانة درجة الموافقة على كل فقرة مقسمة إلى (5) فئات، حيث تم إدخال هذه الاستجابات على الحاسوب حسب ما هو مبين في الجدول (4-1).

جدول (4-1): درجة الاستجابة ورمزها

درجة الاستجابــة	الرمــز
موافق بشدة	5
موافق	4
محايد	3
غير موافق	2
غير موافق بشدة	1

وبناء على الرموز المعطاة للاستجابة تم حساب المتوسط الحسابي للاستجابات بغرض الحكم على درجة الموافقة لكل فقرة من فقرات الاستبانة، وتم الحكم على قيم المتوسط الحسابي لغرض تحديد "درجة الموافقة "[1]، حسب ما هو موضح بالجدول (4-2).

جدول (4-2): الوسط الحسابي ودرجة الموافقة

المتوسط الحسابــي	درجة الموافقـة
2.33-1	منخفض
3.67-2.34	متوسط
5-3.68	مرتفع

(1) درجة الموافقة = (5-1 ÷3 =4 ÷3 = 1.33%)

4-2-مناقشة نتائج الدراســــة:

يمكن تلخيص نتائج الدراسة، من خلال الإجابة عن مدى تكيف الأسرة السعودية مع أطفالهم الذين يعانون من التوحد في مراكز العلاج والتدريب في الأردن:

المحور الأول: مؤشر الدعم الاجتماعي للاســــرة:

يمثل الجدول (4-3) الوسط الحسابي والانحراف المعياري ودرجة الموافقة لكل فقرة من فقرات هذا البعد.

الجدول (4-3): الوسط الحسابي والانحراف المعياري ودرجة الموافقة نحو

" مؤشر الدعم الاجتماعي للاسرة "

الفقرة	العبارة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	(الترتيب)	درجة الموافقة
1-	عند مساعدتي لأفراد أسرتي أشعر بأنني جزء مهم من هذه الاسرة.	4.5405	.7412	1	مرتفع
2-	لا أعرف أحد سواء من الأصدقاء أو الأقارب من أجل مساعدتي في حال حدوث طارئ لأجل مساعدتي.	3.0405	1.3894	8	متوسط
3-	أحصل على مساعدة من أقاربي أو أصدقائي في حال حدوث أي طارئ.	3.9189	1.1280	3	مرتفع
4-	يمكن الاعتماد على بعضنا البعض في هذا المجتمع.	3.7230	1.2389	4	مرتفع
5-	أفراد اسرتي نادراً ما يستمعوا إلي ويتفهمون مشاكلي.	3.2500	1.4469	7	متوسط
6-	زيارة أصدقائي هي جزء أساسي من نشاطاتي اليومية.	3.5473	1.1448	6	متوسط
7-	إن العيش مع أصدقائي وأقاربي يعطيني شعوراً بالأمن.	3.6892	1.1538	5	مرتفع
8-	أعضاء أسرتي يبذلون قصارى جهدهم لإظهار حبهم ومودتهم لي.	4.1486	.9211	2	مرتفع
	المجال الكلي	**3.7322**	**1.1455**		مرتفع

إن المتوسطات الحسابيّة لإجابات أفراد العينة على العبارات فيما يتعلق بالمحور الأول " مؤشر الدعم الاجتماعي للاسرة" ما بين (2.7000-4.6900) ويظهر الجدول (4-3) بأن المتوسط العام لإجابات أفراد العينة حول المحور الأول، بلغ (3.7322) -هذا المتوسط أعلى من متوسط أداة القياس (3) - "بدرجة مرتفع" وأن متوسط الانحراف المعياري بلغ (1.1455)، وان الفقرة (1) حصلت على أعلى متوسط حسابي (4.5405) وبانحراف معياري مقداره (0.7412) (بدرجة مرتفعة) والتي نصها " عند مساعدتي لأفراد أسرتي

أشعر بأنني جزء مهم من هذه الاسرة" تلاه المتوسط الحسابي المتعلق بالفقرة (8) والتي نصها " أعضاء أسرتي يبذلون قصارى جهدهم لإظهار حبهم ومودتهم لي" والذي بلغ (4.1486) بانحراف معياري مقداره (0.9211).

وفيما يتعلق بالفقرة (3) والتي نصها " أحصل على مساعدة من أقاربي أو أصدقائي في حال حدوث أي طارئ " كان متوسطها الحسابي أقل المتوسطات حيث بلغ (3.9189) بانحراف معياري مقداره (1.1280) (بدرجة متوسطة).

المحور الثاني: مقياس تقييم وتكيف الأسرة:

يمثل الجدول (4-4) الوسط الحسابي والانحراف المعياري ودرجة الموافقة لكل فقرة من فقرات هذا المجال.

الجدول (4-4): الوسط الحسابي والانحراف المعياري ودرجة الموافقة نحو " مقياس تقييم وتكيف الأسرة "

الفقرة	العبارة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	(الترتيب)	درجة الموافقة
9-	كل أسرة لديها مشاكل	4.3581	.8412	1	مرتفع
10-	الأسرة لدينا تتسم بالمرونة في التعامل مع ما هو غير متوقع.	3.6081	1.1166	21	متوسط
11-	مبادئ أسرتنا تتغير وفقاً لاحتياجات الأسرة.	3.6554	1.1530	20	متوسط
12-	الأمور التي نقوم بأدائها مع بعضنا البعض تجعلنا نشعر بأننا جزء مهم من الأسرة	4.1014	.9091	3	مرتفع
13-	نتقبل الأحداث غير المتوقعة لأنها جزء من الحياة.	4.0203	.9510	5	مرتفع
14-	قادرون على التفاعل والتعامل مع أفراد الاسرة في حال حدوث المصائب.	3.9054	1.0584	9	مرتفع
15-	صادقون في التعامل مع بعضنا البعض	3.9797	.9438	8	مرتفع
16-	قادرون على التكيف مع المطالب المستجدة كأسرة واحدة	3.9932	.8767	7	مرتفع
17-	نحن حريصون على مساعدة الأصدقاء في حال حاجتهم إلينا	4.0068	.9724	19	مرتفع
18-	نحن منفتحون على طرق جديدة لأجل تسيير الأمور في أسرتنا.	4.1081	.9268	2	مرتفع
19-	نحن على تفاهم مع أفراد الأسرة	4.0405	.8719	4	مرتفع
20-	نحن مواظبون على الحضور إلى المسجد.	3.8243	1.0736	17	مرتفع
الفقرة	العبارة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	(الترتيب)	درجة الموافقة

21-	يمكننا الاستفسار والتوضيح في حال وجود أمور مبهمة.	3.7905	.9915	22	مرتفع
22-	نحن صادقون مع بعضنا البعض فيما نطرحه فيما يخص الأسرة	3.8919	1.0111	10	مرتفع
23-	نحن قادرون على تقبل الرأي الأخر حتى لو كان مخالفاً.	3.5338	1.0062	23	متوسط
24-	يمكننا تقديم تنازلات في حال وجود خلافات	3.7635	.8440	14	متوسط
25-	يمكننا التعامل مع الخلافات التي تطرأ في الأسرة ونتقبل الخسارة.	3.4662	.9289	30	متوسط
26-	نحن على مقدرة على حل المشاكل الكبيرة	3.8446	.9455	13	مرتفع
27-	نحدد المشاكل التي تواجه الأسرة ونضع حلول مقترحة	3.7230	.9245	18	مرتفع
28-	نحن لا نتردد بالتعبير عن آرائنا	3.8446	.9946	11	مرتفع
29-	نحن نرى أن الناس في هذا المجتمع على استعداد للمساعدة في حالات الطوارئ.	3.5608	1.1382	25	مرتفع
30-	نشعر بأن المعيشة آمنة في هذا المجتمع.	3.5676	1.0827	24	متوسط
31-	لدينا القوة لأجل حل مشاكلنا	3.8919	1.0043	15	مرتفع
32-	نحافظ على مشاعرنا لأنفسنا.	3.5811	.9620	29	متوسط
33-	علينا أن نتعلم من أخطاء بعضنا البعض.	3.9324	1.0345	6	مرتفع
34-	نشارك في أنشطة متخصصة فيما يخص ما نعاني به.	3.5068	1.1693	28	متوسط
35-	نشارك في أنشطة دينية	3.3446	1.2438	32	متوسط
36-	نقوم بتبادل الهدايا مع الجيران.	3.5473	1.2472	27	متوسط
37-	نقوم بطلب المشورة من مستشارين دينيين.	3.5878	1.1424	26	متوسط
38-	يمكننا أن نظهر الحب والمودة لأفراد الأسرة.	4.0068	.9654	5	مرتفع
39-	الخدمات المقدمة من قبل الحكومة تساعدنا على تربية أطفالنا.	3.7703	.9265	16	مرتفع
40-	نحن على ثقة بمقدرتنا على تسيير الأمور في الأوقات الصعبة.	3.8378	.9551	12	مرتفع
	المجال الكلي	**3.7998**	**1.0066**		**متوسط**

تراوحت المتوسطات الحسابّية لإجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بالمحور الثاني "مقياس تقييم وتكيف الأسرة " ما بين (4.3581 - 3.3446) ويظهر الجدول (4-4) بأن المتوسط العام لإجابات أفراد العينة حول المحور الثاني، بلغ (3.7998)، "بدرجة مرتفعة" وأن متوسط الانحراف المعياري بلغ (1.0066)، وان الفقرة (9) حصلت على أعلى متوسط حسابي (4.3581) وبانحراف معياري مقداره (0.8412) (بدرجة مرتفعة) والتي نصها " كل أسرة لديها مشاكل " تلاه المتوسط

الحسابي المتعلق بالفقرة (18) والتي نصها " نحن منفتحون على طرق جديدة لأجل تسيير الأمور في أسرتنا " والذي بلغ (4.1081) بانحراف معياري مقداره (.9268).

وفيما يتعلق بالفقرة (35) والتي نصها " نشارك في أنشطة دينية " كان متوسطها الحسابي أقل المتوسطات حيث بلغ (3.3446) بانحراف معياري مقداره (1.2438) (بدرجة متوسطة).

4-2-3- المحور الثالث: مؤشر إجهاد (الأب والأم) نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد:

الجدول (4-5) يبين بأن الوسط الحسابي والانحراف المعياري ودرجة الموافقة لكل فقرة من فقرات هذا المجال.

الجدول (4-5): الوسط الحسابي والانحراف المعياري ودرجة الموافقة لإجابات أفراد العينة نحو " المحور الثالث: مؤشر إجهاد (الأب والأم) نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد "

الفقرة	العبــارة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	(الترتيب)	درجة الموافقة
-41	غالباً أشعر بأنني لا يمكنني التعامل مع الأمور بشكل جيد.	3.4595	1.0327	5	مرتفع
-42	أجد نفسي اتخلى عن كثير من اهتماماتي وميولي لأجل تلبية احتياجات أطفالي.	3.7230	1.1055	1	مرتفع
-43	أشعر بأنني مجهد لمسؤوليتي الكبيرة لأفراد عائلتي.	3.6892	1.1887	2	مرتفع
-44	منذ وجود هذا الطفل، أصبحت غير قادر على القيام بأشياء جديدة ومختلفة.	3.4054	1.1596	6	متوسط
-45	إن إنجاب هذا الطفل أدى إلى وجود مشاكل أكثر مما كنت أتوقع مع زوجي.	3.1892	1.3111	15	متوسط
-46	لا أمتع نفسي ولا أمارس هواياتي نتيجة لمسؤوليتي تجاه الطفل.	3.4932	1.2206	4	متوسط
-47	أنا لا أقوم بالتواصل والتفاعل مع الأصدقاء نتيجة حالتي النفسية السيئة بسبب وجود هذا الطفل.	3.2297	1.2941	14	متوسط
-48	لا أتمتع بالأشياء مثلما كنت بالسابق.	3.3041	1.2544	10	متوسط
-49	طفلي نادراً ما يفعل الأشياء التي أود، مما يجعلني أخاف عليه	3.5405	1.1686	3	متوسط
-50	أحياناً أشعر بأن طفلي لا يرغب أن يكون بجنبي	2.8986	1.3027	21	متوسطة
-51	يتبسم طفلي في وجهي أقل بكثير مما كنت أتوقع.	3.1216	1.2879	17	متوسط
-52	عندما أفعل ما يريد طفلي، أحصل على شعور بأن جهودي ليست محل تقدير منه.	3.1014	1.2385	19	متوسط
الفقرة	العبــارة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	(الترتيب)	درجة الموافقة

53-	عندما يشاهد الناس طفلي يلعب الكثير منهم يضحون.	3.1351	1.2435	16	متوسط
54-	لا يمكن لطفلي التواصل بسرعة مع الأطفال الآخرين.	3.2634	1.1088	12	متوسط
55-	طفلي غير قادر على القيام بالأعمال المتوقعة منه.	3.2838	1.1608	13	متوسط
56-	أخذ طفلي وقتاً طويلاً لأجل التعامل مع الآخرين.	3.3446	1.1589	8	متوسط
57-	كثيراً ما يبكي طفلي عندما يلعب مع أطفال آخرين.	3.0270	1.1949	20	متوسط
58-	أشعر بأن طفلي يستاء ويغضب بسرعة.	3.2635	1.1331	11	متوسط
59-	نوم وأكل طفلي أقل بكثير مما كنت أتوقع.	3.1214	1.2228	18	متوسط
60-	أجد مشكلة طفلي أكبر بكثير مما كنت أتوقع	3.3108	1.1479	9	متوسط
61-	طفلي يزيد المطالب علي مقارنة مع غيره من أطفالي.	3.3851	1.1636	7	متوسط
المجال الكلي		**3.299**	**1.195**		**متوسط**

تباينت المتوسطات الحسابّية لإجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بالمحور الثالث"مؤشر إجهاد (الأب والأم) نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد" ما بين (3.7230) ويظهر الجدول (4-5) بأن المتوسط العام لإجابات أفراد العينة حول المحور الثالث، بلغ (3.299)، "بدرجة متوسط" وأن متوسط الانحراف المعياري بلغ (1.195)، وان الفقرة (42) حصلت على أعلى متوسط حسابي (3.7230) وبانحراف معياري مقداره (1.1055) (بدرجة مرتفعة) والتي نصها " أجد نفسي اتخلى عن كثير من اهتماماتي وميولي لأجل تلبية احتياجات أطفالي " تلاه المتوسط الحسابي المتعلق بالفقرة (3) والتي نصها " أشعر بأنني مجهد لمسؤوليتي الكبيرة لأفراد عائلتي " والذي بلغ (3.6892) بانحراف معياري مقداره (1.1887)

وفيما يخص بالفقرة (50) والتي نصها " أحياناً أشعر بأن طفلي لا يرغب أن يكون بجنبي" كان متوسطها الحسابي أقل المتوسطات حيث بلغ (2.8986) بانحراف معياري مقداره (1.3027) (بدرجة متوسطة).

4-2-5-4-2-5- مدى وجود فروق للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (النوع الاجتماعي، المؤهل التعليمي، الحالة الاجتماعية (متدنية، متوسطة، مرتفعة الدخل)، العلاقة مع الطفل، جنس الطفل).

الفرضية الفرعية الأولى:

$H0_{1-1}$: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (النوع الاجتماعي).

ولفحص هذه الفرضية، فقد تم استخدم اختبار (t) للعينات المستقلة، ويوضح الجدول (4-6) نتائج الفرضية الفرعية الأولى.

الجدول (4-6): نتائج اختبار Independent Samples T-Test
لفحص دلالة الفروق نحو (التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (النوع الاجتماعي))

الجنس / المجال	ذكر (ن = 49)		أنثى (ن = 99)		قيمة t	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
المحور الأول: مؤشر الدعم الاجتماعي للأسرة	3.8189	.6615	3.6894	.7430	1.034	.283
المحور الثاني: مقياس تقييم وتكيف الأسرة	4.0153	.4989	3.6932	.6812	2.941	*.025
المحور الثالث: مؤشر إجهاد (الأب والأم) نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد	3.1215	.9205	3.3877	.8664	-1.723	.559

*ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

نتائج الجدول (4−6) تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة لقيمة (t) عند مستوى دلالة (α≤0.05) بين اتجاهات الذكور والإناث عند مستوى (α≤0.05)(فيما يخص محوري (مؤشر الدعم الاجتماعي للأسرة) و(مؤشر إجهاد (الأب والأم) نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد)، إلا أنه توجد فروق بين اتجاهات الذكور والإناث عند مستوى (α≤0.05) فيما يخص محور مقياس تقييم وتكيف الأسرة ولصالح الذكور.

الفرضية الفرعية الثانية:

$H0_{1-2}$: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α ≥ 0.05) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (المؤهل التعليمي).

تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي، والجدول (4−7) يبين ذلك.

جدول (4−7): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لفحص دلالة الفروق نحو (المؤهل العلمي)

المجالات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	الدلالة
المحور الأول: مؤشر الدعم الاجتماعي للأسرة	بين المجموعات	12.891	5	2.578	5.833	.000*
	داخل المجموعات	62.765	142	.442		
	المجموع	75.657	147			
المحور الثاني: مقياس تقييم وتكيف الأسرة	بين المجموعات	5.977	5	1.195	3.095	.011*
	داخل المجموعات	54.849	142	.386		
	المجموع	60.826	147			
المحور الثالث: مؤشر إجهاد (الأب والأم) نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد	بين المجموعات	8.722	5	1.744	2.297	.048*
	داخل المجموعات	107.833	142	.759		
	المجموع	116.554	147			

*ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α ≥ 0.05)

تُظهر قيم (F) المشار إليها في الجدول (4-7) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (المؤهل التعليمي)، ومن أجل تحديد دلالة الفروق الإحصائية تم استخدام اختبار شافيه (Schaffe) للمقارنات البعدية والجدول (4-8) يوضح ذلك.

جدول (4-8)

نتائج المقارنات البعدية بطريقة شافيه (Schaffe) للكشف عن مصدر الفروق في استجابة عينة الدراسة فيما يتعلق للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (المؤهل التعليمي)

البعد	المستوى التعليمي	العدد	الفرق بين المتوسطين	مستوى الدلالة
التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن	شهادة الثانوية عامة	34	0.13	0.19
	دبلوم متوسط	18	0.59	0.003
	بكالوريوس	60	0.77	0.01
	دبلوم عالي	14	0.45	0.02
	ماجستير	17	0.78	0.00
	دكتوراه	5	0.88	0.00

من خلال الجدول (4-8) يتبين بأن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية ($\alpha \geq 0.05$) في استجابة أفراد العينة حول التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً لمتغير المستوى التعليمي(شهادة الثانوية العامة، دبلوم متوسط، بكالوريويس، دبلوم عالي، ماجستير، دكتوراه) كانت لصالح (بكالوريوس، دبلوم عالي، ماجستير، دكتوراه) عند مقارنتها مع (شهادة الثانوية العامة، ودبلوم المتوسط)، ويشير ذلك إلى أن ذوي المؤهلات المرتفعة يتمايزون فيما يتعلق بالتكيف أكبر مقارنة مع المؤهلات المتدنية، وهذا مرده إلى أن مخزونهم المعرفي أدى بطبيعة الحال إلى سلوك النهج العلمي لأجل التكيف.

الفرضية الفرعية الثالثة:

$H0_{1-3}$: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (مستوى الدخل الشهري (متدنية، متوسطة، مرتفعة الدخل)).

تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي، والجدول (4−9) يبين ذلك.

جدول (4−9): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لفحص دلالة الفروق نحو (مستوى الدخل الشهري (متدنية، متوسطة، مرتفعة الدخل)

المجالات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	الدلالة
المحور الأول: مؤشر الدعم الاجتماعي للأسرة	بين المجموعات	2.682E-02	2	1.341E-02	.026	.975
	داخل المجموعات	75.630	145	.522		
	المجموع	75.657	147			
المحور الثاني: مقياس تقييم وتكيف الأسرة	بين المجموعات	.273	2	.136	.327	.722
	داخل المجموعات	60.553	145	.418		
	المجموع	60.826	147			
المحور الثالث: مؤشر إجهاد (الأب والأم) نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد	بين المجموعات	.610	2	.305	.382	.683
	داخل المجموعات	115.944	145	.800		
	المجموع	116.554	147			

*ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$)

تبين قيم (F) المشار إليها في الجدول (4−9) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) في وجهات نظر المستجيبين فيما يخص التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (مستوى الدخل الشهري (متدنية، متوسطة، مرتفعة الدخل)).

الفرضية الفرعية الرابعة:

$H0_{1-4}$: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (الحالة الزواجية).

تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي، والجدول (4–10) يبين ذلك.

جدول (4–10): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لفحص دلالة الفروق نحو (الحالة الزواجية)

المجالات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	الدلالة
المحور الأول: مؤشر الدعم الاجتماعي للأسرة	بين المجموعات	10.639	2	5.319	11.863	*.000
	داخل المجموعات	65.018	145	.448		
	المجموع	75.657	147			
المحور الثاني: مقياس تقييم وتكيف الأسرة	بين المجموعات	15.899	2	7.949	25.657	*.000
	داخل المجموعات	44.927	145	.310		
	المجموع	60.826	147			
المحور الثالث: مؤشر إجهاد (الأب والأم) نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد	بين المجموعات	12.237	2	6.119	8.505	*.000
	داخل المجموعات	104.317	145	.719		
	المجموع	116.554	147			

*ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$)

تشير قيم (F) المشار إليها في الجدول (4–10) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (الحالة الزواجية)، ومن أجل تحديد دلالة الفروق الإحصائية تم استخدام اختبار شافيه (Schaffe) للمقارنات البعدية والجدول (4–11) يوضح ذلك.

جدول (4−11)

نتائج المقارنات البعدية بطريقة شافيه (Schaffe) للكشف عن مصدر الفروق في استجابة عينة الدراسة فيما يتعلق للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (الحالة الزواجية)

البعد	الحالة الزواجية	العدد	الفرق بين المتوسطين	مستوى الدلالة
التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن	أعزب	31	0.001	0.06
	متزوج	109	0.325	0.04
	مطلق	8	0.141	0.21
	أرمل	−	0.11	0.43

يظهر الجدول (4−11) ان هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية ($\alpha \geq 0.05$) في استجابة أفراد العينة حول التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً لمتغير الحالة الزواجية (أعزب، متزوج، مطلق، أرمل) كانت لصالح (المتزوجين) عند مقارنتها مع (أعزب، مطلق، أرمل)، ويشير ذلك إلى أن المتزوجين يتمايزون فيما يتعلق بالتكيف أكبر مقارنة مع أقرانهم، وهذا مرده إلى أن الزواج سمته الأساسية تحمل المسؤولية وهم قادرون على التكيف مع حياتهم الأسرية سواء أكان أطفالهم متوحدين أو أسوياء.

الفرضية الفرعية الخامسة:

$H0_{1-5}$: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (العلاقة مع الطفل).

تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي، والجدول (4−12) يبين ذلك.

جدول (4−12): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لفحص دلالة الفروق نحو (العلاقة مع الطفل)

المجالات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	الدلالة
المحور الأول: مؤشر الدعم الاجتماعي للأسرة	بين المجموعات	5.873	5	1.175	2.390	*.041
	داخل المجموعات	69.783	142	.491		
	المجموع	75.657	147			
المحور الثاني: مقياس تقييم وتكيف الأسرة	بين المجموعات	11.745	5	2.349	6.796	*.000
	داخل المجموعات	49.081	142	.346		
	المجموع	60.826	147			
المحور الثالث: مؤشر إجهاد (الأب والأم) نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد	بين المجموعات	18.847	5	3.769	5.478	*.000
	داخل المجموعات	97.707	142	.688		
	المجموع	116.554	147			

*ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

تشير قيم (F) المشار إليها في الجدول (4−12) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (العلاقة مع الطفل)، ومن أجل تحديد دلالة الفروق الإحصائية تم استخدام اختبار شافيه (Schaffe) للمقارنات البعدية والجدول (4−13) يوضح ذلك.

جدول (4−13)

نتائج المقارنات البعدية بطريقة شافيه (Schaffe) للكشف عن مصدر الفروق في استجابة عينة الدراسة فيما يتعلق للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (علاقتك بالطفل)

البعد	علاقتك بالطفل	العدد	الفرق بين المتوسطين	مستوى الدلالة
التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن	الأب	53	0.79	0.04
	زوج الأم	8	0.59	0.06
	الأم	55	0.88	0.02
	زوجة الأب	3	0.43	0.15
	الحاضنة	3	0.78	0.09
	مقدم رعاية	26	0.88	0.08

يبين الجدول (4−13) ان هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) في استجابة أفراد العينة حول التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً لمتغير علاقتك بالطفل(الأب، زوج الأم، الأم، زوجة الأب، الحاضنة، مقدم الرعاية) كانت لصالح (الأم، والأب) عند مقارنتها مع (زوج الأم، زوجة الأب، الحاضنة، مقدم الرعاية)، ويشير ذلك إلى أن الأمهات والآباء يتمايزون فيما يتعلق بالتكيف أكبر مقارنة مع غيرهم، إذ أن حبهم وحنانهم وتعاطفهم مع أطفالهم يدفعهم إلى تكيفهم وتقبلهم لما يعاني بهِ أطفالهم.

الفرضية الفرعية السادسة:

$H0_{1-6}$: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (جنس الطفل).

ولفحص هذه الفرضية، فقد تم استخدم اختبار (t) للعينات المستقلة، ويوضح الجدول (4−14) نتائج الفرضية الأولى.

الجدول (4−14): نتائج اختبار Independent Samples T-Test
لفحص دلالة الفروق نحو (التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (جنس الطفل))

جنس الطفل / المجال	ذكر (ن = 102)		أنثى (ن = 46)		قيمة t	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
المحور الأول: مؤشر الدعم الاجتماعي للأسرة	3.7426	.6983	3.7092	.7656	.261	.579
المحور الثاني: مقياس تقييم وتكيف الأسرة	3.8434	.6041	3.7031	.7203	1.230	.040
المحور الثالث: مؤشر إجهاد (الأب والأم) نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد	3.2880	.9209	3.3251	.8280	0.243	.906

تشير نتائج الجدول (4−14) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة لقيمة (t) عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين اتجاهات جنس الطفل الذكور والإناث عند مستوى ($0.05 \geq \alpha$)(فيما يخص محوري (مؤشر الدعم الاجتماعي للأسرة) و(مؤشر إجهاد (الأب والأم) نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد)، إلا أنه توجد فروق بين اتجاهات الذكور والإناث عند مستوى ($0.05 \geq \alpha$) فيما يخص محور مقياس تقييم وتكيف الأسرة ولصالح جنس الذكور.

الفصل الخامس

النتائج، الاستنتاجات والتوصيات

6-1 النتائــج:

6-2 الاستنتاجات:

6-3 التوصيات:

الفصل الخامس

النتائج، الاستنتاجات والتوصيات

تم في هذا الفصل عرض لمجمل نتائج الدراسة التي توصلت إليها الباحثة كإجابة عن الأسئلة التي تم طرحها، والتي تمثل مشكلة الدراسة بعد أن تمت عملّية جمع المعلومات اللازمة بوساطة أداة الدراسة، حيث تم التوصل إلى عدد من النتائج والتي على ضوئها قدمت الباحثة عددا من التوصيات؛ وتاليا عرض ما أسفرت عنه هذه الدراسة من نتائج:

5-1- النتائــج:

يمكن تلخيص نتائج التحليل واختبار الفرضيات وتساؤلات الدراسة، وهي على النحو الآتي:

التساؤل الأول: ما مدى تكيف الأسرة السعودية مع أطفالها الذين يعانون من التوحد في مراكز العلاج والتدريب في الأردن؟

سيتم الإجابة عن هذا التساؤل من خلال التعرف على (الأوساط الحسابية) و (الانحرافات المعيارية) المتعلقة بفقرات الاستبانة، هذا ويمثل الجدول (5-1) الوسط الحسابي والانحراف المعياري ودرجة الموافقة لكل فقرة من فقرات هذا المجال.

الجدول (5-1): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد العينة المتعلقة بالتساؤل الأول " تكيف الأسرة السعودية مع أطفالها الذين يعانون من التوحد في مراكز العلاج والتدريب في الأردن؟"

الفقرة	العبـــــارة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
1	المحور الأول مؤشر الدعم الاجتماعي للأسرة	3.7322	1.1455	**مرتفع**
2	المحور الثاني: مقياس تقييم وتكيف الأسرة	3.7998	1.0066	**متوسط**
3	المحور الثالث: مؤشر اجهاد (الأب والأم) نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد	3.299	1.195	**متوسط**
	المجال الكلي	**3.610**	**1.1157**	**متوسط**

تراوحت المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بالسؤال الأول ما بين (3.7998-3.299) ويظهر الجدول (5-1) بأن المتوسط العام لإجابات أفراد العينة حول التساؤل الأول بلغ (3.61033)، "بدرجة متوسطة" وأن متوسط الانحراف المعياري بلغ (1.1157)، وهذا يعني بأن" تكيف الأسرة السعودية مع أطفالها الذين يعانون من التوحد في مراكز العلاج والتدريب في الأردن هو تكيف متوسط".

التساؤل الثاني: هل تعزيز المستوى المعيشي للأسرة السعودية يساعد في تكيفهم مع أطفالهم ومع الغربة؟

بينت نتائج الدراسة بأن نسبة المجيبين بالإيجاب بلغت (70.9%)، و(29.1%) للمجيبين بالنفي، وهذا يعني بأن تعزيز المستوى المعيشي للأسرة السعودية يسهم في تكيف الأسر، لذا يجب أخذ وإجراء ما يلزم لأجل مساعدة الأسر السعودية، من خلال تخصيص المعونان اللازمة لأجل التخفيف عن مصابهم، كذلك يجب سن سياسات لأجل تحسين الرعاية المتعلقة بالأطفال المصابين باضطراب التوحد، إذ أن ذلك يسهم في التخفيف من مصابهم الجلل.

التساؤل الثالث: ما مدى نجاح مراكز العلاج والتدريب في الأردن في تحسين المستوى السلوكي والذهني لأطفال التوحد؟

تبين بأن نسبة المجيبين بالإيجاب بلغت (77.7%)، و(22.3%) للمجيبين بالنفي، وهذا يعني بأن مراكز العلاج والتدريب في الأردن قطعت أشواطاً كبيرة فيما يخص برعاية الأطفال الذين يعانون من التوحد، كما أن المستجيبين راضون عن مدى الخدمة المقدمة إليهم (بشكل عام).

التساؤل الرابع: هل يوجد فروق للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (النوع الاجتماعي، المؤهل التعليمي، الحالة الزواجية، مستوى الدخل السنوي(متدنية، متوسطة، مرتفعة الدخل)، العلاقة مع الطفل، جنس الطفل).(يمثل الإجابة عن التساؤل إجابة عن فرضية الدراسة الرئيسية).

النوع الاجتماعي (تمثل الإجابة عن الفرضية الفرعية الأولى):

تشير نتائج الجدول (4−6) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة لقيمة (t) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين اتجاهات الذكور والإناث عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$)(فيما يخص محوري (مؤشر الدعم الاجتماعي للأسرة) و(مؤشر إجهاد (الأب والأم) نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد)، إلا أنه توجد فروق بين اتجاهات الذكور والإناث عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) فيما يخص محور مقياس تقييم وتكيف الأسرة ولصالح الذكور، وهذا يتناقض مع ما توصلت إليه دراسة (النجداوي، 1995)، إذ بينت الدراسة بأنه لا توجد اختلافات تذكر فيما يخص الجنس.

المؤهل العلمي(تمثل الإجابة عن الفرضية الفرعية الثانية):

تشير قيم (F) المشار إليها في الجدول (4−7) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (المؤهل التعليمي)، وهذه النتيجة تتقاطع مع ما توصلت إليه دراسة (المطيري، 2006)، إذ بينت بأنه توجد فروق ما بين الأمهات فيما يخص مصادر االضغوط النفسية.

كما يظهر الجدول (4−8) ان هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية ($\alpha \geq 0.05$) في استجابة أفراد العينة حول التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً لمتغير المستوى التعليمي(شهادة الثانوية العامة، دبلوم متوسط، بكالوريويس، دبلوم عالي، ماجستير، دكتوراه) كانت لصالح (بكالوريوس، دبلوم عالي، ماجستير، دكتوراه) عند مقارنتها مع (شهادة الثانوية العامة، ودبلوم المتوسط)، ويشير ذلك إلى أن ذوي المؤهلات المرتفعة يتمايزون فيما يتعلق بالتكيف أكبر مقارنة مع المؤهلات المتدنية، وهذا مرده إلى أن مخزونهم المعرفي أدى بطبيعة الحال إلى سلوك النهج العلمي لأجل التكيف.

مستوى الدخل الشهري(تمثل الإجابة عن الفرضية الفرعية الثالثة):

تبين قيم (F) المشار إليها في الجدول (4−9) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) في وجهات نظر المستجيبين فيما يخص التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (مستوى الدخل الشهري (متدنية، متوسطة، مرتفعة الدخل))، وهذه النتيجة تتناقض مع مع توصلت إليه دراسة (المطيري، 2006) إذ بين بأنه توجد فروق ما بين الأمهات فيما يخص مصادر االضغوط النفسية.

الحالة الزواجية (تمثل الإجابة عن الفرضية الفرعية الرابعة):

تشير قيم (F) المشار إليها في الجدول (4−10) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (الحالة الزواجية).

كما يظهر الجدول (4–11) ان هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية ($\alpha \geq 0.05$) في استجابة أفراد العينة حول التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً لمتغير الحالة الزواجية (أعزب، متزوج، مطلق، أرمل) كانت لصالح (المتزوجين) عند مقارنتها مع (أعزب، مطلق، أرمل)، ويشير ذلك إلى أن المتزوجين يتمايزون فيما يتعلق بالتكيف أكبر مقارنة مع أقرانهم، وهذا مرده إلى أن الزواج سمته الأساسية تحمل المسؤولية وهم قادرون على التكيف مع حياتهم الأسرية سواء أكان أطفالهم متوحدين أو أسوياء.

العلاقة مع الطفل (تمثل الإجابة عن الفرضية الفرعية الخامسة):

تشير قيم (F) المشار إليها في الجدول (4–12) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (العلاقة مع الطفل).

كما يظهر الجدول (4–13) ان هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية ($\alpha \geq 0.05$) في استجابة أفراد العينة حول التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً لمتغير علاقتك بالطفل(الأب، زوج الأم، الأم، زوجة الأب، الحاضنة، مقدم الرعاية) كانت لصالح (الأم، والأب) عند مقارنتها مع (زوج الأم، زوجة الأب، الحاضنة، مقدم الرعاية)، ويشير ذلك إلى أن الأمهات والآباء يتمايزون فيما يتعلق بالتكيف أكبر مقارنة مع غيرهم، إذ أن حبهم وحنانهم وتعاطفهم مع أطفالهم يدفعهم إلى تكيفهم وتقبلهم لما يعاني بهِ أطفالهم.

جنس الطفل (تمثل الإجابة عن الفرضية الفرعية السادسة):

تشير نتائج الجدول (4−14) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة لقيمة (t) عند مستوى دلالة ($0.05\geq\alpha$) بين اتجاهات جنس الطفل الذكور والإناث عند مستوى ($0.05\geq\alpha$)(فيما يخص محوري (مؤشر الدعم الاجتماعي للأسرة) و(مؤشر إجهاد (الأب والأم) نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد)، إلا أنه توجد فروق بين اتجاهات الذكور والإناث عند مستوى ($0.05\geq\alpha$) فيما يخص محور مقياس تقييم وتكيف الأسرة ولصالح جنس الذكور.

5−2 الاستنتاجــات:

من خلال النتائج السابقة توصلت الدراسة إلى الاستنتاجات التالية:

1. تكيف الأسرة السعودية مع أطفالها الذين يعانون من التوحد في مراكز العلاج والتدريب في الأردن هو تكيف متوسط".
2. عدم وجود فروق ذات دلالة عند مستوى دلالة ($0.05\geq\alpha$) بين اتجاهات الذكور والإناث عند مستوى ($0.05\geq\alpha$)(فيما يخص محوري (مؤشر الدعم الاجتماعي للأسرة) و(مؤشر إجهاد (الأب والأم) نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد)، إلا أنه توجد فروق بين اتجاهات الذكور والإناث عند مستوى ($0.05\geq\alpha$) فيما يخص محور مقياس تقييم وتكيف الأسرة ولصالح الذكور.
3. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (المؤهل التعليمي).

4. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في وجهات نظر المستجيبين فيما يخص التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (مستوى الدخل الشهري (متدنية، متوسطة، مرتفعة الدخل)).
5. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (الحالة الزواجية).
6. هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) في استجابة أفراد العينة حول التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً لمتغير الحالة الزواجية (أعزب، متزوج، مطلق، أرمل) كانت لصالح (المتزوجين) عند مقارنتها مع (أعزب، مطلق، أرمل)، ويشير ذلك إلى أن المتزوجين يتمايزون فيما يتعلق بالتكيف أكبر مقارنة مع أقرانهم، وهذا مرده إلى أن الزواج سمته الأساسية تحمل المسؤولية وهم قادرون على التكيف مع حياتهم الأسرية سواء أكان أطفالهم متوحدين أو أسوياء.
7. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للتكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (العلاقة مع الطفل).

8. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة لقيمة (t) عند مستوى دلالة ($0.05\geq\alpha$) بين اتجاهات جنس الطفل الذكور والإناث عند مستوى ($0.05\geq\alpha$)(فيما يخص محوري (مؤشر الدعم الاجتماعي للأسرة) و(مؤشر إجهاد (الأب والأم) نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد)، إلا أنه توجد فروق بين اتجاهات الذكور والإناث عند مستوى ($0.05\geq\alpha$) فيما يخص محور مقياس تقييم وتكيف الأسرة ولصالح الذكور.

5-3- توصيات الدراسة:

من خلال النتائج السابقة تستطيع الباحثة وضع مجموعة من التوصيات تتمثل في الآتي:

1. إجراء دراسات أخرى تتناول عينات ومجتمعات أخرى.
2. تحسين السياسات الرامية إلى رفع مستويات الأسر ذوي اضطراب التوحد السعودين الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن .
3. تحسين مستويات الرعاية الاجتماعية والصحية، وبالأخص للأطفال الذين يعانون من التوحد، وتفعيل دور الأسرة لتنشئة الأطفال بأسلوب سوي.
4. توصي الدراسة بضرورة زيادة الأبحاث المتعلقة بموضوع الدراسة، حيث تبين من هذه الدراسة أن هناك فجوة كبيرة في الدراسات المتعلقة بهذه الطريقة.
5. ضرورة الاهتمام بالنشء تربوياً وعدم التمييز بين الأطفال على أساس أن هناك طفل ذو قدرة على التفكير وآخر يعاني من اضطراب، مع مراعاة الفوارق الفردية والفئات الخاصة.
6. ضرورة تضافر الجهود بين الأسرة والمجتمع كله إضافة إلى الحكومات لأجل تحسين مستويات الرعاية للأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد.

7. تفعيل دور الاعلام للقيام ببرامج تثقيفية وتوعوية تكون بمثابة رسالة موجهة للأسرة لتقويم دورها نحو افرادها الذين يعانون من اضطراب التوحد.

8. ضرورة تعميم نتائج هذه الدراسة على القطاعات المهتمة– وبالأخص للأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في الأردن"؛ وكذلك على القطاعات ذات الصلة.

قائمة المصادر والمراجـع

أولاً : باللغة العربية:

إبراهيم، إسماعيل، (1998)، **الشباب بين التطرف والانحراف**، القاهرة: الدار العربّية للكتاب.

إبـراهيم، سـناء، (1999)، الجريمـة وأبعادهـا النفسّية والاجتماعيـة، ، فلسـطين، **مجلــة بلسـم**، 15 (283)، 200-232.

ابـو السـعود، ناديـة، (2000)، **الطفـل التوحـدي فــي الأسـرة**، الاسـكندرية: مؤسسـة حـورس الدوليـة للنشـر والتوزيع

أبو حسان، محمد، (1997)، **أحكام الجريمة والعقوبة في الشريعة الإسلامية**، الزرقاء: مكتبة المنار للنشر والتوزيع.

أبو عامر، محمد،(1981)،'**دراسة في علم الإجرام والعقاب**، الرياض: الدار الجامعّية للطباعة والنشر.

بخش، أميرة طـه (2002) **الضـغوط الأسـرية لـدى امهـات الأطفـال المعـاقين عقليـاً وعلاقتهـا بالاحتياجـات والمساندة الاجتماعية مجلة دراسات**، 2(29)، 102-133.

بيومي، محمد أحمد – ناصر، عفاف عبد العليم (2003) **علـم الأجتمـاع العـائلي دراسـة التغيـرات فـي الأسرة العربية** الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

جابر، البندري (2008) **فاعلية برنامج إرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في مدينة الرياض** ، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعه الأردنية، عّمان، الأردن.

جمعة، سيد يوسف (2004). **إدارة ضغوط العمل: نموذج للتدريب والممارسة**، القاهرة: دار ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

الخطيب، جمال (2004) **التدخل المبكر**، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع

خمش، مجد الدين،(1999) **الأسرة والأقارب**، ط2،، عمان: منشورات الجامعة الأردنية.

الدقس، محمد (2005)، **علم الاجتماع الصناعي**، ط1، عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

زريقات، إبراهيم. (2004). التوحد، الخصائص العلاج، عّمان: دار وائل للنشر.

الجلبى، سوسن(2005) : **التوّحد الطفولي " أسبابه – خصائصه – تشخيصه – علاجه**."ط1 دمشق: مؤسسة علاء الدين.

الشناق، عبد ا لحفيظ (2001)، ظاهرة جنوح الأحداث في الأردن دراسة ذات طابع شمولي وصفية تجريبية، ط1، عّمان: المركز العربي للخدمات الطلابية.

شناق، عبدالحفيظ محمد حمد (2001). **ظاهرة جناح الأحداث في الأردن دراسة ذات طابع شمولي وصفية تجريبية**، ط1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

الشيباني، عمر. (1982). **دور التربّية في بناء الفرد والمجتمع**. طرابلس: المنشاة العامة للنشر والتوزيع والإعلام، طرابلس.

الطريري، عبد الرحمن (1994). **الضغط النفسي: مفهومه، تشخيصه، طرق علاجه ومقاومته**، الرياض، بدون ناشر.

عسكر، علي، محمد الأنصاري (2002)، مدى تعرض معلمي المرحلة الثانوية بدولة الكويت لظاهرة الاحتراق النفسي، **المجلة التربوية**، 3(10)، 9-43.

علي، علي عبد السلام، (2000).المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الضاغطة. **علم النفس**، 15(53)، 6-22

كوجل، روبرت وكوجل، لن (2003) **تدريس الأطفال المصابين بالتوحد** ترجمة: عبد العزيز السرطاوي، وائل أبو جودة، وأيمن خشان، ط1، دبي: دار القلم دبي.

المطيري، فهد نايف (2006) **مصادر الضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد بمدينة الرياض في المملكة العربية السعودية وعلاقتها ببعض المتغيرات**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية ، عّمان، الأردن.

الهابط، محمد السيد، (2000). **دعائم صحة الفرد النفسية.**(ط1). الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

الوقفي، راضي (2001)، **صعوبات التعلم النظري والتطبيقي**، 1، عمان: كلية الأميرة ثروت.

ثانياً: المراجع باللغة الإنجليزية:

Abidin, R. R. (2000**). Parenting stress index manual** (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Aimee, P, Nan, B., (2000). Syllable structure development of toddlers with Specific Expressive Language Impairment (SLI-E). **Applied Psycholinguistics Journal** , (21) 429-449.

Aldwin,C.(2000).**Stress ,Coping , and development: In integrative perspective.** New York, London: The Guilford Press.

Aldwin,C.and Revenson,T.(1987).Does coping help. a reexamination of the relationship between coping and mental health. **Journal of Personality and Social Psychology**,(53),337-348.

Alloy, L.B, Acocella, J. & Bootzin, R. R. (2007), **Abnormal Psychology, Current Perspective**, New York: Mcgraw-Hill, INC.

Alvord, M. K., & Grados, J. J. (2005). Enhancing resilience in children: A proactive approach. Professional Psychology: **Research and Practice**, 36(3), 238-245.

Arnold, Aman Randy, Martin (2000). **Assessment in multisite randomized clinical trials (RCTs) of patients with autistic disorder: The Autism RUPP network. J Autism Dev Disord**;30:99–111

Ball, C., (1996) Music Therapy for Children with Autistic Spectrum Disorder. Bazian Ltd, London, UK. Available at: **http://www.signpoststeer.org.**

Barbara, F, Rebecca ,RL, (2002), **Contributions of Receptive Vocabulary and Maternal Style: Variables to Later Verbal Ability and Reading in Low-Birthweight Children.**

Barkauskiene, R., & Bieliauskaite, R. (2002). **Behavioral and emotional problems** . Oxford Univ. Press.

Billing, A,and Moos,R.(1984).Coping ,Stress and social resources among adult unipolar depression **, Journal of Applied Psychology**,(46),877-891.

Bogardus, G.M. (1950) **Anatomy of the Bronchial Tree**. Oxford Univ. Press.

Buffington, John (1998) Channel-reach morphology in mountain drainage basins, **Geological Society of America Bulletin Journal**, (109) 5, p. 596-611

children with learning disabilities]. **Medicina Kaunas Journal**, 38, 439-443.

Cohen, S. & Williamson, G.M.(1991), stress and infectious disease in humans , **Psychological Bulletin Jouanrl** , 98, 310-357

Creedon, M.P.(1993) **Language development in non-verbal autistic children using a simultaneous communication system**. Paper presented at the Society for Research in child development meeting, Philadelphia, Marchsl.

Dunn, L. M. (1968). Special education for the mildly retarded: Is much of it justifiable? **Exceptional Children**, 35(1), 5–22

Fleshman ,J.(1984). Personality characteristic and coping patterns. **Journal of Health and Social Behavior** ,10(25).229-243.

Folkman **,S.(1984).** Personal control , stress and coping processes: A theoretical analysis **, Journal of personality and social psychology ,** (46),839-852.

Girolametto & Luigi , (2001)Language stimulation and intervention in day care centres (18 months). Networks of Excellence: **Canadian Language and Literacy Research Network (CLLRNet)**. 47,550 CAD.

Hallahan, Daniel, P. and Kauffman, James, M.(2003). **Exceptional learners: Introduction to special education**. Boston, New York: Allyn and Bacon.

Jennifer C. Plumb(2011), **the impact of social support and family resilience on parental stress in families with a child diagnosed with an autism spectrum disorder**, Penn Libraries , University of Pennsylvania, USA.

Johnston, P, Catherine J. Johnston, G.,(2002). "Post-Reform Substitution and Cost Efficiency in the New Zealand Agricultural Sector," In**ternational Journal of Business and Economics**, , vol. 1(2), pages 135-146, August.

Koegel R. L. Frea W. D. (1993) Treatment of social behavior in autism through the modification of pivotal social skills. **Journal of Applied Behavior Analysis**. 26(3): 25-44.

Krant, F, Mcclannahan (1998), **The effectiveness of social interactions that include attitudinal signals in a table activity photographer**, New York: Springer Publishing Comp.

Laushey KM, Helin LJ. (2000), Enhancing social skills of kindergarten children with autism through the training of multiple peersas tutors. **J Autism Dev Disord Journal ,**30(3):183-93

Lavy. L (1965). Dissipation and phytotoxicity of dicamba . **Weed Journal**., 17 : 3-8.

Lazarus ,R and Delongs,L.(1984). Psychological stress and coping in aging**. Psychology Journal,** 25(38),245-254.

Lazarus, R.s. & Folkman, S., S. (2001), **Stress, appraisal and coping**, New York: Springer Publishing Comp.

Lazarus,R.(1966).**Psychological stress and coping process**. New York: McGraw Hill.

Lippe ,Tanja, (2012), Combination Pressure The Paid Work-Family Balance of Men and Women in European Countries, **European Sociological Review** , 29: 426-436

Lowenberg,G. Conrad,K.Dowhower,D. and Hatness,C.(2001).**Current perspective in industrial /organizational psychology**. Boston: Allyn&Bacon.

McFarland, A.H., Norman, G.R. Streimer, D.K. Ray, R.C. (1980). A Longitudinal study of the influence of psychological environment of health status: A Preliminary report: J. **Health and Social Behavior**, 21(22), 124-133.

Menaghan,E.(2002).Individual coping efforts moderators of the relationship between life stress and mental health outcomes. **psychological Stress,** 15(11),151-162.

Mullins.(1996).**Management and organizational behavior**. (4th ED) great Britain: Pitman publisher.

Miller, D (1998) **Measurement by the physical educator , Why and Low,** (3RD. ED) Indianapolis, Indiana, WM. C. Brown Communication, INC

National Research Council. (2001). **Educating children with autism. Committee on educational interventions for children with autism**. Gatherine Lord. And James P. McGee, eds. Division of behavioral an social sciences and education , Washington, DC: National Academy Press.

National safety council,(1995).**Stress management**. London: Jones & Bartlett Publishers.

Neuwirth, Rav Yehoshua Y. Kechilchathah (2002).**Shemirath Shabbath: A guide to the practical observance of Shabbath**. ISBN .

Neuwirth, Sharyn (2002), **Autism** : decade of the brain

Newman ,P.(1981**).Living: thee process of adjustment** , Dorsey: Homewo

Norris , T, Dattilo, J (1999), Use of a Social Story Intervention to Improve Mealtime Skills of an Adolescent with Asperger Syndrome , **Academic Journal**, 14(21): 20-35.,

NORRIS, C. & DATTILO, J. (1999) 'Evaluating the Effects of a Social Story Intervention on a Young Girl with Autism', **Focus on Autism and Other Developmental Disabilities,** 14 (3): 180–6.

P J Krantz and L E McClannahan (1998), Social interaction skills for children with autism: a script-fading procedure for beginning readers, **Journal of Applied Behavior Analysis** ; 31(2): 191–202.

Rebecca, Fewell, Barbara, Deutscher, (2002), C**ontributions of Receptive Vocabulary and Maternal Style: Variables to Later Verbal Ability and Reading in Low-Birthweight Children.**

Rutter,M.(1981).Stress, Coping and some Questions. **Journal of Child Psychology** 22(32),323-356.

Sanders, (2001): "Adolescents' Academic Expectations and Achievement ,Adolescence, winter. Located **http://www.findarticles.com**

Scotland , Lindsay, (2000) **Systematic Approaches to Children with Specific Speech and Language Difficulties**, Afasic Abstract Autumn edition.

Smith, Deborah Deutsh. (2001). **Introduction to special education: Teaching in An age of challenge**. Boston: Allyn and Bacon.

Stephens F, (1982). Insulin stimulates l-carnitine accumulation in human skeletal muscle. **FASEB Jouranl**, 20(15), 377–379

Taylor,S.(1999).**Health psychology**. (5th ED).Boston:MacGrawHill.

Walsh, F. (2003). **Normal family processes: Growing diversity and complexity** (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.

الملاحـــــق

الملحق (1)

قائمة بأسماء محكمي الاستبانـة

اسم المحكم	التخصص	الجامعة
الدكتور طلال القضاة	علم الاجتماع	الجامعة الأردنية
الأستاذ الدكتور خليل درويش	علم الاجتماع	الجامعة الأردنية
الأستاذ الدكتور حلمي ساري	علم الاجتماع	الجامعة الأردنية

الملحق (2)
الاستبانة بصيغتها الأولية

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،

تقوم الباحثة بدراسة بعنوان" **التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن** "، وذلك استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في تخصص علم الاجتماع. ولأغراض هذه الدراسة قامت الباحثة بتطوير الاستبانة المرفقة المكونة من ثلاث محاور.

علما أن الإجابة على فقرات الاستبانة ستكون وفقا" لمقياس ليكرت الخماسي على النحو الأتي:

بدرجة كبيرة جداً	بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة قليلة	بدرجة قليلة جداً
5	4	3	2	1

وبما أنكم المختصين والمهتمين في هذا المجال، أرجو التكرم من سيادتكم بالإطلاع على الاستبانة بصورتها الأولية. وأغدو ممتن لو تكرمتم بقراءة فقرات الاستبيان وتحكيمها من حيث:

1- مدى ملائمة الفقرة لموضوع الدراسة.
2- مدى انتماء الفقرة للمجال الذي تندرج تحته.
3- شمولية المجال الواحد، ووضوح الفقرات وسلامتها العلمية واللغوية.
4- إضافة أو حذف أوتعديل ما ترونه مناسباً وأية ملاحظات أو اقتراحات أخرى.

هذا وسيكون لأرائكم وتوجيهاتكم الأثر الفعال في تطوير الأداة وإخراجها بصورة ملائمة، لذا ترجو الباحثة إبداء رأيكم في كل فقرة من فقرات الأداة وذلك بوضع أشارة (√)في الحقل الذي ترونه مناسباً وتدوين ملاحظاتكم (حذف، إضافة، تعديل، دمج، إعادة صياغة) ودرجة موافقتكم على فقرات الأداة.

شاكرين لكم تعاونكم مع وافر الاحترام والتقدير،،،

الباحثة

القسم الأول:البيانات الأساسية

فضلا ضع علامة (✓) أمام الخيار الذي يناسبك من المعلومات التالية:

1-الجندر (النوع الاجتماعي): □ ذكر □ أنثى

2- المستوى التعليمي:

□ شهادة ثانوية عامة
□ دبلوم متوسط
□ بكالوريوس
□ دبلوم عالي
□ ماجستير
□ دكتوراه.

3-مستوى الدخل السنوي:. .... ريال **سعودي**

4-الحالة الزواجية:

□ أعزب
□ متزوج
□ مطلق
□ أرمل

5-ما هي علاقتك بالطفل:

□ الأب
□ زوج الأم
□ الأم
□ زوجة الأب
□ الحاضنة
□ مقدم رعاية

6-ما هو جنس طفلك:

□ ذكر □ انثى

القسم الثانى: يتعلق هذا الجزء بجميع المعلومات الخاصة بموضوع الّدراسة، يرجى الإجابة عن كل سؤال بوضع إشارة (√) أمام الإجابة المناسبة:

م	العبارة	انتماء العبارة للمحور		صحة صياغة العبارة		التعديلات المقترحة
		تنتمي	لا تنتمي	صحيحة	غير صحيحة	
	المحور الأول: مؤشر الدعم الاجتماعي للأسرة					
1-	لا أعرف أحد سواء من الأصدقاء أو الأقارب من أجل مساعدتي في حال حدوث طارئ لأجل مساعدتي.					
2-	أشعر بالرضا عن نفسي عندما أقوم بالاهتمام وإعطاء وقتي لأفراد أسرتي.					
3-	عند مساعدتي لأفراد أسرتي أشعر بأنني جزء مهم من هذه الاسرة.					
4-	يمكنني أن أحصل على مساعدة من أقاربي أو أصدقائي في حال حدوث أي طارئ.					
5-	يمكن الاعتماد على بعضنا البعض في هذا المجتمع.					
6-	ُفراد اسرتي نادراً ما يستمعوا إلي ويتفهمون مشاكلي.					
7-	زيارة أصدقائي هي جزء أساسي من نشاطاتي اليومية.					
8-	إن العيش مع أصدقائي وأقاربي يعطيني شعوراً بالأمن.					
9-	أعضاء أسرتي يبذلون قصارى جهدهم لإظهار حبهم ومودتهم لي.					
10-	ُدي بعض الأصدقاء المقربين جداً من خارج الأسرة الذين أعرفهم حقاً وقادرين على تقديم المساعدة لي.					
	المحور الثاني: مقياس تقييم وتكيف الأسرة					
11-	كل أسرة لديها مشاكل					

م	العبارة	انتماء العبارة للمحور		صحة صياغة العبارة		التعديلات المقترحة
		تنتمي	لا تنتمي	صحيحة	غير صحيحة	
12-	كل شيء يحدث هو ناتج عن سبب					
13-	الأسرة لدينا تتسم بالمرونة في التعامل مع ما هو غير متوقع.					
14-	زيارة أصدقائنا هم جزء من الأنشطة اليومية.					
15-	أصدقائنا يساعدونا في حال وجود طارئ					
16-	مبادئ أسرتنا تتغير وفقاً لاحتياجات الأسرة.					
17-	الأمور التي نقوم بأداءها مع بعضنا البعض تجعلنا نشعر بأننا جزء مهم من الأسرة					
18-	نحن نقبل الأحداث غير المتوقعة لأنها جزء من الحياة.					
19-	نحن قادرون على التفاعل والتعامل مع أفراد الاسرة في حال حدوث المصائب.					
20-	نحن صادقون في التعامل مع بعضنا البعض					
21-	نحن قادرون على التكيف مع المطالب المستجدة كأسرة واحدة					
22-	نحن حريصون على مساعدة الأصدقاء في حال حاجتهم إلينا					
23-	نحن منفتحون على طرق جديدة لأجل تسيير الأمور في أسرتنا.					
24-	نحن على تفاهم مع أفراد الأسرة					
25-	يقوم الجيران بتقديم المساعدة في حال لزم الأمر					
26-	نحن مواظبون على الحضور إلى المسجد.					
27-	نحن نعتقد أننا يمكننا مساعدة أصدقائنا					
28-	يمكننا الاستفسار والتوضيح في حال وجود					

م	العبارة	انتماء العبارة للمحور		صحة صياغة العبارة		التعديلات المقترحة
		تنتمي	لا تنتمي	صحيحة	غير صحيحة	
	أمور مبهمة.					
29-	نحن صادقون مع بعضنا البعض فيما نطرحه فيما يخص الأسرة					
30-	نحن قادرون على تقبل الرأي الأخر حتى لو كان مخالفاً .					
31-	يمكننا تقديم تنازلات في حال وجود خلافات					
32-	يمكننا التعامل مع الخلافات التي تطرأ في الأسرة ونتقبل الخسارة.					
33-	نحن على مقدرة على حل المشاكل الكبيرة					
34-	يمكننا الاستمارر في حياتنا حتى لو كانت المشكلة كبيرة					
35-	يتم اتخاذ القرارات بشكل مشترك					
36-	نحدد المشاكل التي تواجه الأسرة ونضع حلول مقترحة					
37-	نناقش المشاكل ونشعر بالرضا عن الحلول					
39-	نقوم بالعمل التطوعي في المجتمع.					
40-	نحن لا نتردد بالتعبير عن آرائنا					
41-	نحن نرى أن الناس في هذا المجتمع على استعداد للمساعدة في حالات الطوارئ.					
42-	نشعر بأن المعيشة آمنة في هذا المجتمع.					
43-	نحن نشعر بأننا أقوياء في مواجهة مشاكل الكبيرة.					
44-	نكون مستائين في حال حدوث مكروه لأحد أفراد الأسرة.					
45-	لدينا القوة لأجل حل مشاكلنا					

م	العبارة	انتماء العبارة للمحور		صحة صياغة العبارة		التعديلات المقترحة
		تنتمي	لا تنتمي	صحيحة	غير صحيحة	
46-	نحافظ على مشاعرنا لأنفسنا.					
47-	يساعدنا أفراد المجتمع في حال حدوث أي مشكلة.					
48-	علينا أن نتعلم من أخطاء بعضنا البعض.					
49-	نشارك في أنشطة متخصصة فيما يخص ما نعاني به.					
50-	نشارك في أنشطة دينية					
51-	نقوم بتبادل الهدايا مع الجيران.					
52-	نقوم بطلب المشورة من مستشارين دينيين.					
53-	نشارك في مسؤولية الأسرة.					
54-	يمكننا أن نظهر الحب والمودة لأفراد الأسرة.					
55-	الخدمات المقدمة من قبل الحكومة تساعدنا على تربية أطفالنا.					
56-	نحن نعتقد بأننا يجب أن لا نتدخل في شؤون مع أفراد المجتمع.					
57-	نحن على ثقة بمقدرتنا على تسيير الأمور في الأوقات الصعبة.					
المحور الثالث: مؤشر إجهاد (الأب والأم) نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد						
58-	غالباً أشعر بأنني لا يمكنني التعامل مع الأمور بشكل جيد.					
59-	أجد نفسي اتخلى عن كثير من اهتماماتي وميولي لأجل تلبية احتياجات أطفالي.					
60-	أشعر بأنني مجهد لمسؤوليتي الكبيرة لأفراد عائلتي.					

م	العبارة	انتماء العبارة للمحور		صحة صياغة العبارة		التعديلات المقترحة
		تنتمي	لا تنتمي	صحيحة	غير صحيحة	
61-	منذ وجود هذا الطفل، أصبحت غير قادر على القيام بأشياء جديدة ومختلفة.					
62-	منذ إنجاب هذا الطفل أشعر بأنني غير قادر على التفاعل مع الأشياء ولا أقوم بما أرغب.					
63-	إن إنجاب هذا الطفل أدى إلى وجود الكثير من المشاكل أكثر مما كنت أتوقع مع زوجي.					
64-	اشعر بالوحدة لابتعادي عن اصدقائي					
65-	لا أمتع نفسي ولا أمارس هواياتي نتيجة لمسؤوليتي تجاه الطفل.					
66-	أنا لا أقوم بالتواصل والتفاعل مع أصدقائي نتيجة حالتي النفسية السيئة بسبب وجود هذا الطفل.					
67-	لا أتمتع بالأشياء مثلما كنت بالسابق.					
68-	طفلي نادراً ما يفعل الأشياء التي أود، مما يجعلني أخاف عليه					
69-	ُحياناً أشعر بأن طفلي لا يرغب أن يكون بجنبي					
70-	يتبسم طفلي في وجهي أقل بكثير مما كنت أتوقع.					
71-	عندما أفعل ما يريد طفلي، أحصل على شعور بأن جهودي ليست محل تقدير كبير منه.					
72-	عندما يشاهد الناس طفلي يلعب الكثير منهم يضحون.					
73-	لا يمكن لطفلي التواصل بسرعة مع الأطفال الآخرين.					
74-	لا يبدو أن طفلي يبتسم مع الأطفال الآخرين.					

م	العبارة	انتماء العبارة للمحور		صحة صياغة العبارة		التعديلات المقترحة
		تنتمي	لا تنتمي	صحيحة	غير صحيحة	
75-	طفلي غير قادر على القيام بالأعمال المتوقعة منه.					
76-	يأخذ طفلي وقتاً طويلاً لأجل التعامل مع الآخرين.					
77-	كنت أتوقع بأن شعوري كبيراً وجياشاً، إلا أنني أشعر بالإنزعاج كثيراً من طفلي					
78-	كثيراً ما يبكي طفلي عندما يلعب مع أطفال آخرين.					
79-	أشعر بأن طفلي يستاء ويغضب بسرعة.					
80-	يتفاعل طفلي بقوة عندما لا يحب شيء					
81-	ينزعج طفلي على أتفه الأسباب.					
82-	نوم وأكل طفلي أقل بكثير مما كنت أتوقع.					
83-	أجد مشكلة طفلي أكبر بكثير مما كنت أتوقع					
84-	طفلي يزيد المطالب عليَّ مقارنة مع غيره من أطفالي.					

اي اقتراحات تجدونها ملائمة لإثراء موضوع الدراسة

....

....

....

....

....

الملاحق (3)

الاستبانـــة (أداة الدراسة بصيغتها النهائية)

استبانـــة

الجامعة الاردنية

كلية الدراسات العليا

أخي المجيب/ اختي المجيبة. ....

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،

تقوم الباحثة بدراسة بعنوان " **التكيف الاجتماعي والنفسي لأسر ذوي اضطراب التوحد السعوديون الذين يتلقون العلاج والتدريب في مراكز الأردن** " استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم الاجتماع في الجامعة الأردنية، وتأمل الباحثة منكم التكرم بالإجابة عن فقرات الاستبانة المرفقة وذلك لما لرأيكم من أهمية في إنجاح هذه الدّراسة، مع العلم بأنّ المعلومات التي ستحصل عليها الباحثة ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

علماً بأن الاستبانة تتكون من جزئين (الجزء الأول يمثل المعلومات الديمغرافية ويتكون من(6) فقرات)، (أما الجزء الثاني فيمثل موضوع الدراسة ويتكون من (61) فقرة).

شاكرين لكم حسن تعاونــكم،،،

الباحـثة

هدى عبد الله محمد

HudaJuaid151@Hotmail.com

الجزء الأول: البيانات الشخصيّة

1-الجندر (النوع الاجتماعي): □ ذكر □ أنثى

2- المستوى التعليمي:

□ شهادة ثانوية عامة □ دبلوم متوسط □ بكالوريوس

□ دبلوم عالي □ ماجستير □ دكتوراه.

3-مستوى الدخل السنوي: □ مرتفع □ متوسط □ منخفض

4-الحالة الزواجية:

□ أعزب

□ متزوج

□ مطلق

□ أرمل

5-ما هي علاقتك بالطفل:

□ الأب

□ زوج الأم

□ الأم

□ زوجة الأب

□ الحاضنة

□ مقدم رعاية

6-ما هو جنس طفلك:

□ ذكر □ انثى

هل تعزيز المستوى المعيشي للأسرة يسهم في تكيفهم مع أطفالهم ومع الغربة؟

□ نعم □ لا

وفقاً لرأي الشخصي، هل نجحت مراكز العلاج والتدريب في الأردن في تحسين المستوى السلوكي والذهني لأطفال التوحد؟

□ نعم □ لا

القسم الثاني: يتعلق هذا الجزء بجميع المعلومات الخاصة بموضوع الّدراسة، يرجى الإجابة عن كل سؤال بوضع إشارة (√) أمام الإجابة المناسبة:

الرقم	العبارة	درجة الموافقة				
		كبيرة جداً (5)	كبيرة (4)	متوسطة (3)	قليلة (2)	قليلة جداً (1)
المحور الأول: مؤشر الدعم الاجتماعي للأسرة						
1-	عند مساعدتي لأفراد أسرتي أشعر بأنني جزء مهم من هذه الاسرة.					
2-	لا أعرف أحد سواء من الأصدقاء أو الأقارب من أجل مساعدتي في حال حدوث طارئ لأجل مساعدتي.					
3-	أحصل على مساعدة من أقاربي أو أصدقائي في حال حدوث أي طارئ.					
4-	يمكن الاعتماد على بعضنا البعض في هذا المجتمع.					
5-	أفراد اسرتي نادراً ما يستمعوا إلي ويتفهمون مشاكلي.					
6-	زيارة أصدقائي هي جزء أساسي من نشاطاتي اليومية.					
7-	ن العيش مع أصدقائي وأقاربي يعطيني شعوراً بالأمن.					
8-	أعضاء أسرتي يبذلون قصارى جهدهم لإظهار حبهم ومودتهم لي.					
المحور الثاني: مقياس تقييم وتكيف الأسرة						
9-	كل أسرة لديها مشاكل					
10-	الأسرة لدينا تتسم بالمرونة في التعامل مع ما هو غير متوقع.					
11-	مبادئ أسرتنا تتغير وفقاً لاحتياجات الأسرة.					
12-	الأمور التي نقوم بأدائها مع بعضنا البعض تجعلنا نشعر بأننا جزء مهم من الأسرة					
13-	نتقبل الأحداث غير المتوقعة لأنها جزء من الحياة.					
14-	قادرون على التفاعل والتعامل مع أفراد الاسرة في حال حدوث المصائب.					
15-	صادقون في التعامل مع بعضنا البعض					
16-	قادرون على التكيف مع المطالب المستجدة كأسرة واحدة					
17-	نحن حريصون على مساعدة الأصدقاء في حال حاجتهم إلينا					
18-	نحن منفتحون على طرق جديدة لأجل تسيير الأمور في أسرتنا.					
19-	نحن على تفاهم مع أفراد الأسرة					
20-	نحن مواظبون على الحضور إلى المسجد.					
21-	يمكننا الاستفسار والتوضيح في حال وجود أمور مبهمة.					
22-	نحن صادقون مع بعضنا البعض فيما نطرحه فيما يخص الأسرة					
23-	نحن قادرون على تقبل الرأي الأخر حتى لو كان مخالفاً.					

الرقم	العبارة	درجة الموافقة				
		كبيرة جداً (5)	كبيرة (4)	متوسطة (3)	قليلة (2)	قليلة جداً (1)
24-	يمكننا تقديم تنازلات في حال وجود خلافات					
25-	يمكننا التعامل مع الخلافات التي تطرأ في الأسرة ونتقبل الخسارة.					
26-	نحن على مقدرة على حل المشاكل الكبيرة					
27-	نحدد المشاكل التي تواجه الأسرة ونضع حلول مقترحة					
28-	نحن لا نتردد بالتعبير عن آرائنا					
29-	نحن نرى أن الناس في هذا المجتمع على استعداد للمساعدة في حالات الطوارئ.					
30-	نشعر بأن المعيشة آمنة في هذا المجتمع.					
31-	لدينا القوة لأجل حل مشاكلنا					
32-	نحافظ على مشاعرنا لأنفسنا.					
33-	علينا أن نتعلم من أخطاء بعضنا البعض.					
34-	نشارك في أنشطة متخصصة فيما يخص ما نعاني به.					
35-	نشارك في أنشطة دينية					
36-	نقوم بتبادل الهدايا مع الجيران.					
37-	نقوم بطلب المشورة من مستشارين دينيين.					
38-	يمكننا أن نظهر الحب والمودة لأفراد الأسرة.					
39-	الخدمات المقدمة من قبل الحكومة تساعدنا على تربية أطفالنا.					
40-	نحن على ثقة بمقدرتنا على تسيير الأمور في الأوقات الصعبة.					
المحور الثالث: مؤشر إجهاد (الأب والأم) نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد						
41-	غالباً أشعر بأنني لا يمكنني التعامل مع الأمور بشكل جيد.					
42-	أجد نفسي اتخلى عن كثير من اهتماماتي وميولي لأجل تلبية احتياجات أطفالي.					
43-	أشعر بأنني مجهد لمسؤوليتي الكبيرة لأفراد عائلتي.					
44-	منذ وجود هذا الطفل، أصبحت غير قادر على القيام بأشياء جديدة ومختلفة.					
45-	إن إنجاب هذا الطفل أدى إلى وجود مشاكل أكثر مما كنت أتوقع مع زوجي.					
46-	لا أمتع نفسي ولا أمارس هواياتي نتيجة لمسؤوليتي تجاه الطفل.					
47-	أنا لا أقوم بالتواصل والتفاعل مع الأصدقاء نتيجة حالتي النفسية السيئة بسبب وجود هذا الطفل.					
48-	لا أتمتع بالأشياء مثلما كنت بالسابق.					
49-	طفلي نادراً ما يفعل الأشياء التي أود، مما يجعلني أخاف عليه					

الرقم	العبارة	كبيرة جداً (5)	كبيرة (4)	متوسطة (3)	قليلة (2)	قليلة جداً (1)
		درجة الموافقة				
-50	أحياناً أشعر بأن طفلي لا يرغب أن يكون بجنبي					
-51	يتبسم طفلي في وجهي أقل بكثير مما كنت أتوقع.					
-52	عندما أفعل ما يريد طفلي، أحصل على شعور بأن جهودي ليست محل تقدير منه.					
-53	عندما يشاهد الناس طفلي يلعب الكثير منهم يضحون.					
-54	لا يمكن لطفلي التواصل بسرعة مع الأطفال الآخرين.					
-55	طفلي غير قادر على القيام بالأعمال المتوقعة منه.					
-56	أخذ طفلي وقتاً طويلاً لأجل التعامل مع الآخرين.					
-57	كثيراً ما يبكي طفلي عندما يلعب مع أطفال آخرين.					
-58	أشعر بأن طفلي يستاء ويغضب بسرعة.					
-59	نوم وأكل طفلي أقل بكثير مما كنت أتوقع.					
-60	أجد مشكلة طفلي أكبر بكثير مما كنت أتوقع					
-61	طفلي يزيد المطالب علي مقارنة مع غيره من أطفالي.					

اي اقتراحات تجدونها ملائمة لإثراء موضوع الدراسة

....

....

....

....

....

الملحق (4)

مخرجات التحليل الإحصائي (SPSS)

Frequencies

Statistics

		gender	education	income	Marital status	relastionship with child	gender of Child
N	Valid	148	148	148	148	148	148
	Missing	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

gender

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Male	49	33.1	33.1	33.1
	Female	99	66.9	66.9	100.0
	Total	148	100.0	100.0	

education

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	High School certificate	34	23.0	23.0	23.0
	Diploma	18	12.2	12.2	35.1
	BSc	60	40.5	40.5	75.7
	High Diploma	14	9.5	9.5	85.1
	Master	17	11.5	11.5	96.6
	Doctorate	5	3.4	3.4	100.0
	Total	148	100.0	100.0	

income

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Low	53	35.8	35.8	35.8
	Median	67	45.3	45.3	81.1
	High	28	18.9	18.9	100.0
	Total	148	100.0	100.0	

Marital status

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	not married	31	20.9	20.9	20.9
	married	109	73.6	73.6	94.6
	Absolute	8	5.4	5.4	100.0
	Total	148	100.0	100.0	

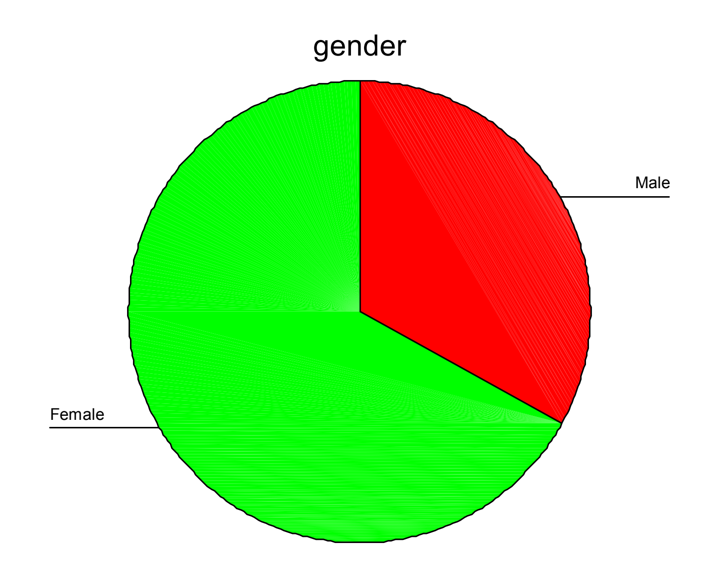
relastionship with child

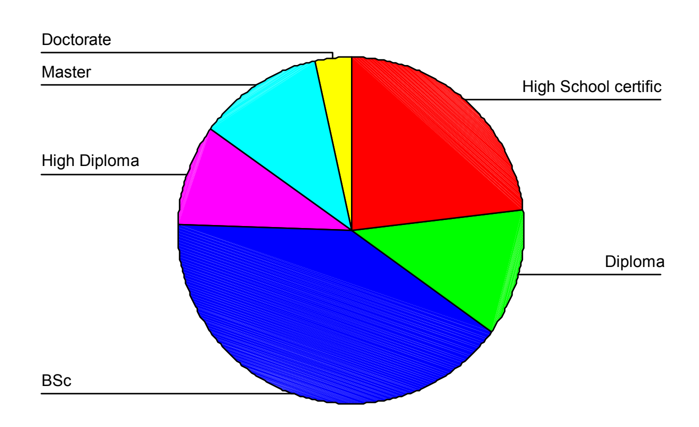
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Father	53	35.8	35.8	35.8
	Stepfather	8	5.4	5.4	41.2
	Mather	55	37.2	37.2	78.4
	Step mother	3	2.0	2.0	80.4
	Babysitter	3	2.0	2.0	82.4
	Care provider	26	17.6	17.6	100.0
	Total	148	100.0	100.0	

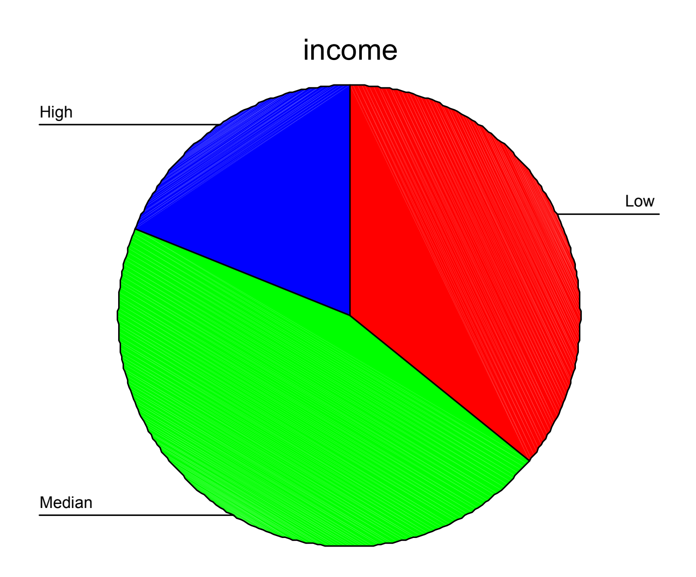
gender of Child

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Male	102	68.9	68.9	68.9
	Female	46	31.1	31.1	100.0
	Total	148	100.0	100.0	

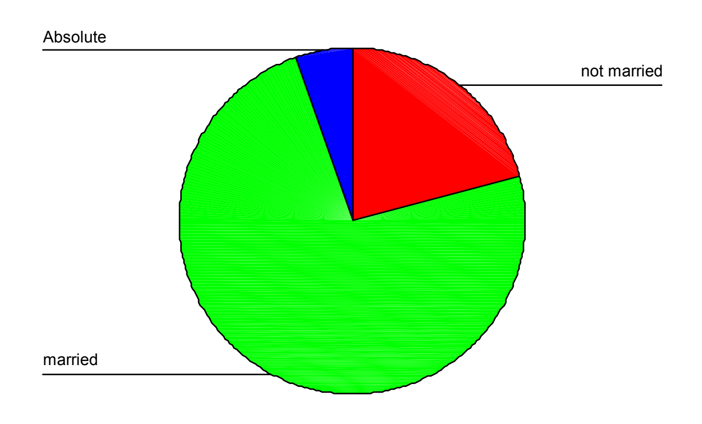
Pie Chart



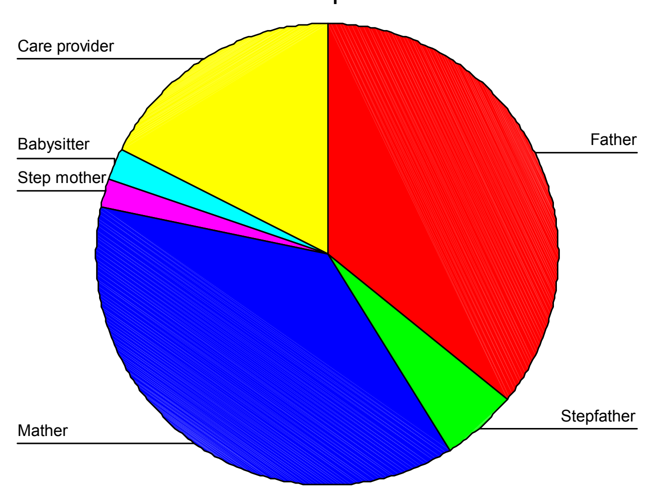

education
Doctorate
Master
High Diploma
BSc
High School certific
Diploma


income
High
Low
Median

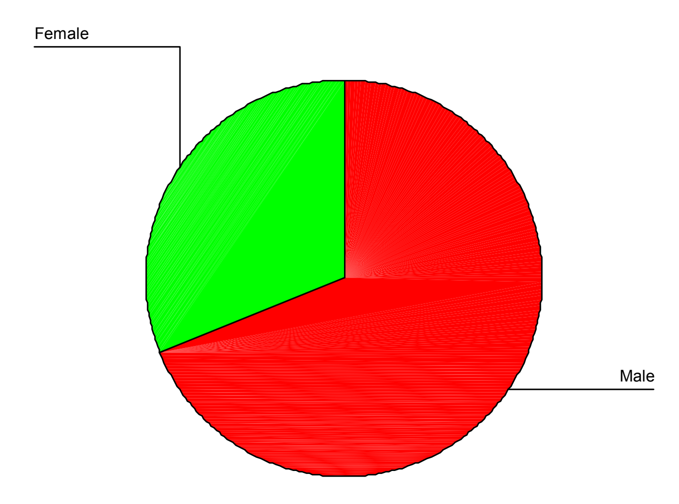
Marital status











Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
q1	148	2.00	5.00	4.5405	.7412
q2	148	1.00	5.00	3.0405	1.3894
q3	148	1.00	5.00	3.9189	1.1280
q4	148	1.00	5.00	3.7230	1.2389
q5	148	1.00	5.00	3.2500	1.4469
q6	148	1.00	5.00	3.5473	1.1448
q7	148	1.00	5.00	3.6892	1.1538
q8	148	1.00	5.00	4.1486	.9211
Valid N (listwise)	148				

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
q9	148	2.00	5.00	4.3581	.8412
q10	148	1.00	5.00	3.6081	1.1166
q11	148	1.00	5.00	3.6554	1.1530
q12	148	2.00	5.00	4.1014	.9091
q13	148	1.00	5.00	4.0203	.9510
q14	148	1.00	5.00	3.9054	1.0584
q15	148	2.00	5.00	3.9797	.9438
q16	148	2.00	5.00	3.9932	.8767
q17	148	1.00	5.00	4.0068	.9724
q18	148	1.00	5.00	4.1081	.9268
q19	148	2.00	5.00	4.0405	.8719
q20	148	1.00	5.00	3.8243	1.0736
q21	148	1.00	5.00	3.7905	.9915
q22	148	2.00	5.00	3.8919	1.0111
q23	148	1.00	5.00	3.5338	1.0062
q24	148	2.00	5.00	3.7635	.8440
q25	148	1.00	5.00	3.4662	.9289
q26	148	1.00	5.00	3.8446	.9455
q27	148	1.00	5.00	3.7230	.9245
q28	148	1.00	5.00	3.8446	.9946
q29	148	1.00	5.00	3.5608	1.1382
q30	148	1.00	5.00	3.5676	1.0827
q31	148	1.00	5.00	3.8919	1.0043
q32	148	1.00	5.00	3.5811	.9620
q33	148	1.00	5.00	3.9324	1.0345
q34	148	1.00	5.00	3.5068	1.1693
q35	148	1.00	5.00	3.3446	1.2438
q36	148	1.00	5.00	3.5473	1.2472
q37	148	1.00	5.00	3.5878	1.1424
q38	148	1.00	5.00	4.0068	.9654
q39	148	2.00	5.00	3.7703	.9265
q40	148	1.00	5.00	3.8378	.9551
Valid N (listwise)	148				

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
q41	148	1.00	5.00	3.4595	1.0327
q42	148	1.00	5.00	3.7230	1.1055
q43	148	1.00	5.00	3.6892	1.1887
q44	148	1.00	5.00	3.4054	1.1596
q45	148	1.00	5.00	3.1892	1.3111
q46	148	1.00	5.00	3.4932	1.2206
q47	148	1.00	5.00	3.2297	1.2941
q48	148	1.00	5.00	3.3041	1.2544
q49	148	1.00	5.00	3.5405	1.1686
q50	148	1.00	5.00	2.8986	1.3027
q51	148	1.00	5.00	3.1216	1.2879
q52	148	1.00	5.00	3.1014	1.2385
q53	148	1.00	5.00	3.1351	1.2435
q54	148	1.00	5.00	3.2635	1.1088
q55	148	1.00	5.00	3.2838	1.1608
q56	148	1.00	5.00	3.3446	1.1589
q57	148	1.00	5.00	3.0270	1.1949
q58	148	1.00	5.00	3.2635	1.1331
q59	148	1.00	5.00	3.1216	1.2228
q60	148	1.00	5.00	3.3108	1.1479
q61	148	1.00	5.00	3.3851	1.1636
Valid N (listwise)	148				

T-Test

Group Statistics

	gender	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
AA	Male	49	3.8189	.6615	9.450E-02
	Female	99	3.6894	.7430	7.468E-02
BB	Male	49	4.0153	.4989	7.127E-02
	Female	99	3.6932	.6812	6.847E-02
CC	Male	49	3.1215	.9205	.1315
	Female	99	3.3877	.8664	8.707E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
AA	Equal variance assumed	1.163	.283	1.034	146	.303	.1295	.1253	-.1181	.3771
	Equal variance not assumed			1.075	106.358	.285	.1295	.1204	-.1093	.3683
BB	Equal variance assumed	5.144	.025	2.941	146	.004	.3221	.1095	.1056	.5386
	Equal variance not assumed			3.260	125.239	.001	.3221	9.883E-02	.1265	.5177
CC	Equal variance assumed	.343	.559	-1.723	146	.087	-.2662	.1545	-.5716	914E-02
	Equal variance not assumed			-1.688	90.773	.095	-.2662	.1577	-.5795	708E-02

Oneway

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
AA	Between Groups	12.891	5	2.578	5.833	.000
	Within Groups	62.765	142	.442		
	Total	75.657	147			
BB	Between Groups	5.977	5	1.195	3.095	.011
	Within Groups	54.849	142	.386		
	Total	60.826	147			
CC	Between Groups	8.722	5	1.744	2.297	.048
	Within Groups	107.833	142	.759		
	Total	116.554	147			

Oneway

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
AA	Between Groups	2.682E-02	2	1.341E-02	.026	.975
	Within Groups	75.630	145	.522		
	Total	75.657	147			
BB	Between Groups	.273	2	.136	.327	.722
	Within Groups	60.553	145	.418		
	Total	60.826	147			
CC	Between Groups	.610	2	.305	.382	.683
	Within Groups	115.944	145	.800		
	Total	116.554	147			

Oneway

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
AA	Between Groups	10.639	2	5.319	11.863	.000
	Within Groups	65.018	145	.448		
	Total	75.657	147			
BB	Between Groups	15.899	2	7.949	25.657	.000
	Within Groups	44.927	145	.310		
	Total	60.826	147			
CC	Between Groups	12.237	2	6.119	8.505	.000
	Within Groups	104.317	145	.719		
	Total	116.554	147			

Oneway

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
AA	Between Groups	5.873	5	1.175	2.390	.041
	Within Groups	69.783	142	.491		
	Total	75.657	147			
BB	Between Groups	11.745	5	2.349	6.796	.000
	Within Groups	49.081	142	.346		
	Total	60.826	147			
CC	Between Groups	18.847	5	3.769	5.478	.000
	Within Groups	97.707	142	.688		
	Total	116.554	147			

T-Test

Group Statistics

	gender of Child	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
AA	Male	102	3.7426	.6983	6.914E-02
	Female	46	3.7092	.7656	.1129
BB	Male	102	3.8434	.6041	5.981E-02
	Female	46	3.7031	.7203	.1062
CC	Male	102	3.2880	.9209	9.118E-02
	Female	46	3.3251	.8280	.1221

Independent Samples Test

		Levene's Test for quality of Variance		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
AA	Equal varianc assumed	.308	.579	.261	146	.794	.341E-02	.1278	-.2192	.2860
	Equal varianc not assumed			.252	80.074	.801	.341E-02	.1324	-.2300	.2968
BB	Equal varianc assumed	4.316	.040	1.230	146	.221	.1403	.1140	.51E-02	.3657
	Equal varianc not assumed			1.151	74.724	.253	.1403	.1219	-.1025	.3831
CC	Equal varianc assumed	.014	.906	-.233	146	.816	7003E-02	.1587	-.3506	.2766
	Equal varianc not assumed			-.243	95.910	.809	7003E-02	.1524	-.3395	.2655

" SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT OF SAUDI FAMILIES WHO HAVE CHILDREN WITH AUTISM DISORDER RECEIVING TREATMENT & TRAINING IN JORDANIAN CENTER "

By

Huda Abd-Allah AL-Juaid

Supervisor

Mohammad AL-Arabe

ABSTRACT

This study aimed to find out the " **Social and Psychological Adjustment of Saudi Families who Have Children with Autism Disorder Receiving Treatment & Training in Jordanian Center** "The study relied on data sources primary and secondary both types, were obtained secondary data from some of the books and previous studies related to the subject of the study, while preliminary data Vtm get them by distributing the questionnaire.

The study population consisted of all families with autism Saudis disorder who receive training and treatment in Jordan, which numbered (800) (family), due to the difficulty of access to the study population as a whole, the researcher to take a random sample of 160 families with autism Saudis disorder who receive training in Jordan treatment, but he was excluded (12) to identify the lack of suitability for the procedures of statistical analysis, and thus be (148) to identify appropriate measures of statistical analysis; this Asthaddamt researcher Statistical Package for Social Sciences software system (version nineteenth) (Statistical Package for Social Sciences -SPSS, ver19), in order to order to reach the goals and objectives of this study, in order to reach the goals and objectives of the study.

Among the most prominent results of the study include:

1. Saudi family cope with children who suffer from autism in treatment centers and training in Jordan is to adapt the average. "
2. There are statistically significant differences at the abstract level ($\alpha \leq 0.05$) social and psychological adaptation to the families of the Saudis with autism who receive treatment and training in Jordan, according to demographic variables disorder (educational qualification).
3. There were no statistically significant differences at the abstract level ($\alpha \leq 0.05$) in the views of the respondents in terms of social and psychological adjustment to the families of people with the Saudis autism who receive training and treatment in Jordan, according to demographic variables disorder (monthly income level (low, medium, high-income)).
4. There are statistically significant differences at the abstract level ($\alpha \leq 0.05$) social and psychological adaptation to the families of the Saudis with autism who receive treatment and training in Jordan, according to demographic variables disorder (Marital Status).

In light of the previous findings the study recommended the following:

1. improve policies to raise the levels of families with autistic disorder Saudis who receive training and treatment in Jordan.
2. Improving the social and levels of health care, particularly for children who suffer from autism, and activating the role of the family for the upbringing of children Swe manner. The researcher recommends the need to increase research on the subject of the study, it was found from this study that there is a big gap in the studies on this way